



DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ POUR LA REMISE EN VIGUEUR D'UN CONTRAT

- Pour la remise en vigueur des contrats Protection finale, veuillez remplir les sections 1, 6 et 8.
 Pour la remise en vigueur des contrats Protection santéclair, veuillez remplir les sections 1, 7 et 8.
 Pour la remise en vigueur de tous les autres contrats, veuillez remplir les sections 1, 2, 3, 4, 5, et 8.

1. CONTRAT RÉSILIÉ OU EXPIRÉ

N° du contrat résilié ou expiré :

PERSONNE 1 : Prénom	Nom de famille	Date de naissance (jj/mm/aaaa)
PERSONNE 2 : Prénom	Nom de famille	Date de naissance (jj/mm/aaaa)

Nota : si la remise en vigueur du contrat est approuvée, toutes les primes en souffrance devront être acquittées au moment de l'approbation afin de pouvoir remettre le contrat en vigueur.

- Veuillez reprendre le service de débit préautorisé au moyen des nouveaux renseignements bancaires. Vous trouverez ci-joint un chèque portant la mention « annulé ».
 Veuillez reprendre le service de débit préautorisé au moyen des renseignements bancaires se trouvant déjà au dossier.

2. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX (À REMPLIR PAR TOUTES LES PERSONNES À ASSURER)

Si une ou certaines des réponses aux questions 2.1 à 2.5 sont affirmatives, veuillez remplir la section intitulée « Détails sur les réponses affirmatives » ci-dessous.

	PERSONNE 1		PERSONNE 2	
	Oui	Non	Oui	Non
2.1 Au cours des deux (2) dernières années, avez-vous fait des vols aériens autres qu'en tant que passagère ou passager payant d'une compagnie aérienne régulière ou avez-vous l'intention d'en faire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 Au cours des deux (2) dernières années, avez-vous pratiqué un sport ou un passe-temps dangereux, comme la plongée avec scaphandre autonome, le deltaplane, le parachutisme, etc. ou avez-vous l'intention d'en pratiquer un?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 Au cours des trois (3) dernières années, votre permis de conduire a-t-il été suspendu à tout moment ou avez-vous commis deux infractions ou plus aux règles de la circulation? (Dans l'affirmative, veuillez fournir votre numéro de permis de conduire.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4 Au cours des douze (12) prochains mois, envisagez-vous voyager hors de l'Amérique de Nord pour plus de six semaines, ou de changer votre pays de résidence?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5 Avez-vous déjà présenté une proposition d'assurance vie , d'assurance invalidité , d'assurance collective ou d'assurance maladies graves sur votre tête, qu'elle ait été différée, refusée, assujettie à une surprime ou modifiée de quelque façon que ce soit?(Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date, le nom de la compagnie ainsi que la raison.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisions sur les réponses affirmatives :

Question n°	Personne	Date	Précisions

3. DÉCLARATION RELATIVE À L'USAGE DU TABAC (À REMPLIR PAR TOUTES LES PERSONNES À ASSURER)

	PERSONNE 1		PERSONNE 2	
	Oui	Non	Oui	Non
3.1 Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous fumé la cigarette ou fait usage de toute forme de marijuana ou de hachisch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous consommé d'autres produits à base de tabac ou de nicotine, ou encore des produits d'abandon du tabac?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Dans l'affirmative, veuillez indiquer les types de produit et la fréquence.) :

Personne	Type	Fréquence	Date de la dernière utilisation



DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ POUR LA REMISE EN VIGUEUR D'UN CONTRAT

4. DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ – SANS EXAMEN MÉDICAL (À REMPLIR POUR TOUTES LES PERSONNES À ASSURER DE PLUS DE 16 ANS EXACTEMENT, DANS LE CAS D'UNE COUVERTURE D'ASSURANCE VIE, ET POUR TOUTES LES PERSONNES À ASSURER DANS LE CAS D'UNE ASSURANCE MALADIES GRAVES.)

Personne à assurer 1

Prénom	Nom de famille	Taille <input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> cm	Poids <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg
Votre poids a-t-il changé au cours de la dernière année? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Gain <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	Perte <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	Raison du changement de poids :
Nom et adresse de votre médecin praticienne habituelle ou de votre médecin praticien habituel (Si vous n'en avez pas, veuillez indiquer le nom de la professionnelle ou du professionnel médical que vous avez consulté lors de votre dernière visite.)			
Date de la dernière consultation	Raison/symptômes	Avez-vous reçu un diagnostic ou un traitement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails.)	
Durée de la maladie	Un suivi vous a-t-il été recommandé? (p. ex. des tests, une chirurgie, une hospitalisation) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails.)		

Personne à assurer 2

Prénom	Nom de famille	Taille <input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> cm	Poids <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg
Votre poids a-t-il changé au cours de la dernière année? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Gain <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	Perte <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	Raison du changement de poids :
Nom et adresse de votre médecin praticienne habituelle ou de votre médecin praticien habituel (Si vous n'en avez pas, veuillez indiquer le nom de la professionnelle ou du professionnel médical que vous avez consulté lors de votre dernière visite.)			
Date de la dernière consultation	Raison/symptômes	Avez-vous reçu un diagnostic ou un traitement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails.)	
Durée de la maladie	Un suivi vous a-t-il été recommandé? (p. ex. des tests, une chirurgie, une hospitalisation) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails.)		

Antécédents familiaux

Y a-t-il des membres de votre famille (vivants ou décédés) qui souffrent ou ont déjà souffert d'hypertension artérielle, de cardiopathie, d'accident vasculaire cérébral, de cancer (veuillez préciser le type), de diabète, de troubles rénaux, de troubles mentaux, de chorée de Huntington, de sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), de maladie du neurone moteur, de sclérose en plaques, de maladie d'Alzheimer, de maladie de Parkinson ou de toute autre maladie héréditaire?

PERSONNE ASSURÉE 1 Oui Non Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau ci-dessous :

Membre de la famille	Maladie	Âge au diagnostic	Âge actuel si en vie	Âge au décès	Cause du décès
Père					
Mère					
Frères					
Sœurs					

PERSONNE ASSURÉE 2 Oui Non Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau ci-dessous :

Membre de la famille	Maladie	Âge au diagnostic	Âge actuel si en vie	Âge au décès	Cause du décès
Père					
Mère					
Frères					
Sœurs					



DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ POUR LA REMISE EN VIGUEUR D'UN CONTRAT

4. DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ – SANS EXAMEN MÉDICAL (SUITE)

Antécédents personnels

Si une ou certaines des réponses aux questions 4.6 à 4.18 sont affirmatives, veuillez remplir la section intitulée « Détails sur les réponses affirmatives » ci-dessous.

Avez-vous déjà souffert de symptômes, reçu un traitement, ou vous a-t-on recommandé de recevoir un traitement ou un examen pour l'une des affections énoncées aux questions 4.6 à 4.9 ci-dessous?

	PERSONNE 1		PERSONNE 2	
	Oui	Non	Oui	Non
4.1 Crise cardiaque, angine, douleurs thoraciques, rhumatisme articulaire aigu, accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire (AIT), hypertension artérielle (dernière lecture et date), cholestérol, souffle ou autre maladie ou trouble cardiovasculaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 Asthme, troubles respiratoires, apnée du sommeil ou autres troubles pulmonaires?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 Déficiences auditive ou visuelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4 Diabète, colite, hépatite ou état de porteuse ou porteur de l'hépatite, trouble prostatique, troubles intestinaux, rénaux, vésicaux, goutteux, ou urinaires, ou encore des anomalies sanguine ou endocrine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5 Troubles thyroïdien ou glandulaires, lupus, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique (SLA), épilepsie, troubles musculaires ou osseux?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6 Cancer, tumeur, kyste, polype, grain de beauté, bosse ou autre excroissance, trouble mammaire, ou encore mammographie anormale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7 Angoisse, fatigue, stress, tentative de suicide, dépression nerveuse, troubles de l'alimentation ou autre trouble du système nerveux? ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.8 Névrite optique, engourdissements, fourmillements, perte d'équilibre, faiblesse des extrémités des membres, trouble visuel ou perte de sensation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9 Troubles cutanés, musculaires, osseux et articulaires, p.ex. arthrite, maux de dos, maux de cou, paralysie, difformité, lésions cutanées inhabituelles, infections inexplicables ou transplantation d'un organe vital?...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10 a) Avez-vous déjà reçu un diagnostic de trouble du système immunitaire ou reçu un traitement pour ce type d'affection, ou avez-vous déjà été dans une situation d'un risque possible d'exposition au virus du SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise), au complexe lié au SIDA ou à tout autre trouble du système immunitaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Avez-vous déjà subi des tests dont les résultats ont révélé que vous pourriez avoir été exposé(e) au virus du SIDA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous eu des signes d'une infection transmissible sexuellement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.11 Avez-vous déjà subi : (Dans l'affirmative, veuillez indiquer les types, les dates, les raisons et les résultats.)				
a) un électrocardiogramme (ECG)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) une radiographie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) autres tests diagnostiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.12 a) Avez-vous déjà eu des symptômes, une maladie, une blessure, une chirurgie, un traitement, subi un examen ou une investigation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Vous a-t-on recommandé de subir une chirurgie, un traitement, un examen ou une investigation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Avez-vous déjà subi une chirurgie, un traitement, un examen ou une investigation dont les résultats vous sont encore inconnus ou qui n'ont pas été mentionnés dans les questions 4.1 à 4.11 ci-dessus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.13 Prenez-vous régulièrement des médicaments? (Dans l'affirmative, veuillez préciser le type, la posologie, quand ils ont été prescrits et par qui.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.14 Au cours des cinq (5) dernières années, vous est-il déjà arrivé de vous absenter du travail pendant au moins cinq jours consécutifs en raison d'une maladie ou d'une blessure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.15 Au cours des cinq dernières années, avez-vous consulté un médecin ou un médecin pour toute autre raison que celles énoncées dans les questions ci-dessus ou dans la présente déclaration? (Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.16 Avez-vous des symptômes ou des préoccupations concernant votre santé pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin ou un médecin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.17 Vous a-t-on recommandé de subir une chirurgie, un traitement ou un test qui n'a pas encore été effectué?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.18 a) Consommez-vous des boissons alcoolisées? (Dans l'affirmative, veuillez préciser le type et la quantité en millilitres par semaine.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Avez-vous déjà reçu des conseils, un traitement ou obtenu une consultation concernant votre consommation d'alcool?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Avez-vous déjà fait l'essai de marijuana, de cocaïne ou d'autres drogues illicites ou créant une dépendance?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Avez-vous déjà reçu des conseils, un traitement ou obtenu une consultation concernant votre consommation de marijuana, de cocaïne ou d'autres drogues illicites ou créant une dépendance?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ POUR LA REMISE EN VIGUEUR D'UN CONTRAT

Détails sur les réponses affirmatives :

Question n°	Personne	Date	Détails

5. DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ – SANS EXAMEN MÉDICAL POUR ENFANTS

À remplir pour : a) tous les enfants à assurer en vertu de l'avenant de protection pour enfants
 b) la PERSONNE 1 ou 2 âgée de moins de 16 ans exactement (dans le cas d'une proposition d'assurance maladies graves pour enfants, la section 4 est à remplir quel que soit l'âge de l'enfant);
 c) la signature de tous les enfants qui ont atteint l'âge de 16 ans et plus (18 ans et plus au Québec) est requise dans la section 8.

Nom au complet de chaque enfant à assurer	Sexe	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Âge le plus rapproché	Taille actuelle	Poids actuel	Nom et adresse de la médecin praticienne habituelle ou du médecin praticien habituel
1.	<input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme			<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> lbs <input type="checkbox"/> kg	
2.	<input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme			<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> lbs <input type="checkbox"/> kg	
3.	<input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme			<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> lbs <input type="checkbox"/> kg	
4.	<input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme			<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> lbs <input type="checkbox"/> kg	
5.	<input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme			<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> lbs <input type="checkbox"/> kg	

- 5.1 Une demande d'assurance pour certains des enfants a-t-elle été refusée, différée ou modifiée de quelque façon que ce soit?
- 5.2 Si l'enfant a moins de 2 ans, sa naissance était-elle plus de quatre semaines avant-terme ou y a-t-il une indication quelconque de retard statur pondéral? (Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails.)
- 5.3 Y a-t-il certains des enfants qui sont atteints d'une déficience physique ou mentale, ou qui ont été hospitalisés ou qui ont subi une chirurgie ou un traitement pour une maladie, une déficience ou une blessure?
- 5.4 Y a-t-il certains des enfants qui prennent des médicaments ou à qui on leur a recommandé un traitement ou un test diagnostique qui n'a pas encore été effectué?
- 5.5 Y a-t-il des antécédents familiaux de chorée de Huntington, de diabète, de cancer, d'hypertension artérielle ou de maladie du cœur ou des reins? ...
(Dans l'affirmative, veuillez indiquer le lien de parenté de cette personne, la maladie en question et l'âge au diagnostic.)
- 5.6 Y a-t-il certains des enfants à assurer qui n'habitent PAS chez la proposante ou le proposant?

Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Détails sur les réponses affirmatives :

Question n°	Personne	Date	Détails



DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ POUR LA REMISE EN VIGUEUR D'UN CONTRAT

6. PROTECTION FINALE – DÉCLARATION RELATIVE À L'USAGE DU TABAC ET ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Nota : afin d'être admissible à la remise en vigueur des contrats Protection finale, vous devez avoir répondu « non » aux questions 6.2 à 6.12.

	PERSONNE 1		PERSONNE 2	
	Oui	Non	Oui	Non
6.1 Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous fumé la cigarette ou consommé d'autres produits à base de tabac, de nicotine, ou des produits d'abandon du tabac, ou encore fumé de la marijuana ou du hachisch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2 Au cours des deux (2) dernières années, une assurance vie, autre que l'assurance collective ou l'assurance hypothèque collective vous a-t-elle été refusée ou différée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3 Êtes-vous actuellement une personne hospitalisée dans un établissement de soins infirmiers, alitée ou confinée à un fauteuil roulant, ou vous a-t-on informé que l'une de ces situations est nécessaire en raison de votre état de santé actuel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4 Au cours des deux (2) dernières années, avez-vous subi une amputation par suite d'une maladie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5 Au cours des deux (2) dernières années, avez-vous reçu le diagnostic ou un traitement (par un autre moyen que les médicaments) ou subissez-vous actuellement des examens pour l'une des maladies ou affections suivantes ou qui ont entraîné votre hospitalisation :				
a) angine de poitrine, crise cardiaque, insuffisance cardiaque ou cardiomyopathie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) cancer (autre que le carcinome basocellulaire)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) leucémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) lymphome?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) maladie rénale chronique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.6 Au cours des deux (2) dernières années, vous a-t-on prescrit un nouveau médicament ou était-il nécessaire d'augmenter la posologie de votre médicament pour l'une des maladies ou affections suivantes :				
a) angine de poitrine, crise cardiaque, insuffisance cardiaque ou cardiomyopathie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) cancer (autre que le carcinome basocellulaire)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) leucémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) lymphome?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) maladie rénale chronique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.7 Au cours des deux (2) dernières années, avez-vous reçu le diagnostic ou avez-vous été hospitalisée ou hospitalisé pour l'une des maladies ou affections suivantes :				
a) maladie respiratoire chronique qui a nécessité l'administration d'oxygène?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) maladie du foie (autre qu'une dégénérescence graisseuse du foie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) coma diabétique ou choc insulinaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) accident vasculaire cérébral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.8 Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous subi une transplantation d'organe ou une greffe de moelle osseuse, ou vous a-t-on informée ou informé que l'une de ces procédures s'avérait nécessaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.9 Au cours des cinq (5) dernières années, y a-t-il eu une réapparition de cancer ou avez-vous reçu le diagnostic d'un cancer dans plus d'une partie de votre corps?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.10 Avez-vous déjà obtenu des résultats positifs au test de dépistage du VIH ou subi des traitements (y compris la médication) pour le SIDA ou le complexe lié au sida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.11 Avez-vous déjà reçu le diagnostic ou un traitement (y compris la médication) pour l'une des maladies ou affections suivantes : sclérose latérale amyotrophique (maladie de Lou de Gehrig), maladie d'Alzheimer ou démence?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.12 Avez-vous déjà reçu le diagnostic ou un traitement pour toute maladie incurable en phase terminale pour laquelle vous avez été informée ou informé d'une espérance de vie de moins de douze (12) mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ POUR LA REMISE EN VIGUEUR D'UN CONTRAT

7. PROTECTION SANTÉCLAIR – DÉCLARATION RELATIVE À L'USAGE DU TABAC ET ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Nota : afin d'être admissible à la remise en vigueur des contrats Protection santéclair, vous devez avoir répondu « non » aux questions 7.2 à 7.6.

- 7.1 Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous fumé la cigarette ou consommé d'autres produits à base de tabac, de nicotine, ou des produits d'abandon du tabac, ou encore fumé de la marijuana ou du hachisch?
- 7.2 Au cours des deux (2) dernières années, avez-vous déjà présenté une proposition d'assurance maladies graves ou d'assurance vie qui a été refusée, différée ou modifiée de quelque façon que ce soit?
- 7.3 Avez-vous : i) déjà subi des examens; ii) déjà reçu la recommandation d'un examen; iii) eu un examen dont vous attendez les résultats ou qui n'a pas encore eu lieu; iv) déjà reçu un traitement; v) déjà reçu un traitement pour tout symptôme, toute plainte ou tout signe; vi) déjà manifesté des symptômes, des plaintes ou des signes relativement à l'une des affections suivantes :
 - a) maladie coronarienne, angine de poitrine, souffle court, douleur thoracique, angioplastie, pontage coronarien, chirurgie cardiaque, crise cardiaque, accident vasculaire cérébral, accidents ischémiques transitoires (AIT) ou toute autre maladie cérébrovasculaire, maladie du cœur ou maladie vasculaire?
 - b) diabète, taux de sucre anormal, anomalie de la glande thyroïde, de l'hypophyse, de la lymphé, de la surrénale, maladie rénale chronique ou trouble endocrinien?
 - c) cancer ou autre maladie maligne, comme la leucémie, le lymphome ou une tumeur, test Pap anormal (sans examen de suivi normal), ou polypes dans le côlon (sans examen de suivi normal - coloscopie)?
 - d) pathologie ou trouble mammaire, masse au sein, kyste au sein, mammographie anormale, biopsie du sein anormale, douleur au sein non diagnostiquée, trouble prostatique, nodule prostatique, ASP anormal ou résultats anormaux d'une échographie?
 - e) sida, VIH, maladie liée au sida, hypertrophie constante des glandes lymphatiques, analyse de sang anormale de façon chronique ou tout trouble du système immunitaire?
 - f) hépatite B ou C (y compris l'état de porteur de l'hépatite B), résultats anormaux de tests de fonction hépatique, résultats anormaux d'une biopsie ou d'une échographie ou toute forme de maladie du foie?
 - g) maladie de Crohn, colite ulcéreuse, douleur abdominale persistante non diagnostiquée, saignements rectaux ou toute autre maladie du côlon, du rectum, de l'estomac, de l'œsophage autre que le reflux œsophagien, un ulcère maîtrisé par les médicaments ou le syndrome du côlon irritable?
- 7.5 Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous :
 - a) reçu un traitement ou des conseils relativement à la consommation d'alcool, de médicaments ou de drogues; ou fait partie d'un organisme ou programme en raison de votre consommation d'alcool, de médicaments ou de drogues?
 - b) consommé des drogues telles que stupéfiants, héroïne, morphine, Demerol, LSD, hachisch, hallucinogènes, amphétamines, barbituriques, tranquillisants, stéroïdes anabolisants ou toute drogue ou tout médicament non prescrit par un médecin ou un médecin autorisé, ou telles que le méthadone, qu'il soit prescrit ou non par un médecin?
- 7.5 Deux membres de votre famille immédiate ou plus (mère, père, frère, sœur) ont-ils reçu le diagnostic ou un traitement pour la maladie du cœur, un anévrisme, un accident vasculaire cérébral ou la maladie polykystique des reins ou un cancer avant d'avoir atteint l'âge de 60 ans? ...
- 7.6 Votre poids actuel excède-t-il le poids indiqué par rapport à votre taille dans le tableau suivant?

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
Oui	Non	Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Taille (po)	Poids en (lb)	Taille (cm)	Poids (kg)
56	174	142	79
57	180	145	82
58	186	147	84
59	196	150	88
60	199	152	90
61	206	155	93
62	213	157	97
63	220	160	100
64	227	163	103
65	234	165	106
66	241	168	109
67	249	170	113

Taille (po)	Poids en (lb)	Taille (cm)	Poids (kg)
68	256	173	116
69	264	175	120
70	272	178	123
71	279	180	127
72	287	183	130
73	295	185	134
74	303	188	137
75	312	190	142
76	320	193	145
77	329	196	149
78	337	198	153



DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ POUR LA REMISE EN VIGUEUR D'UN CONTRAT

8. LEGAL INFORMATION

LA PROPOSANTE OU LE PROPOSANT ET TOUTE PERSONNE À ASSURER DÉCLARENT ET CONVIENNENT QUE :

1. Les renseignements personnels que j'ai ou nous avons fournis de plein gré à la courtière ou au courtier indépendant, ou encore à la conseillère ou au conseiller en ventes ou à la Compagnie, qui figurent dans la présente déclaration et qui seront conservés dans leurs dossiers, seront utilisés par la Compagnie pour les besoins de tarification, de service, d'administration, de détermination du statut fiscal canadien ou étranger, ainsi que de traitement et de règlement des réclamations liées à la présente demande de modification, à tout contrat remis en vigueur, si approuvé, ainsi qu'à tout autre document complémentaire. Je comprends et accepte ou nous comprenons et acceptons que les renseignements personnels contenus dans les documents soient accessibles pour les besoins mentionnés ci-dessus, et qu'ils puissent être transmis au personnel autorisé de la Compagnie, aux tiers engagés par la Compagnie, à son réseau de distribution, à des réassureurs participants, à d'autres compagnies, à l'administration fiscale canadienne ou étrangère, ainsi qu'à toute autre personne ou partie qui obtient mon autorisation ou notre autorisation.
2. Toutes les déclarations et réponses dans toutes les sections de la présente déclaration sont complètes, exactes et correctement inscrites. Ces déclarations et réponses indiquées dans l'original de la proposition d'assurance, ainsi que toute preuve d'assurabilité supplémentaire que je vous ai ou que nous vous avons fournie, serviront ensemble à déterminer l'assurabilité.
3. L'assurance pour laquelle une remise en vigueur est demandée dans la présente déclaration ou une telle assurance approuvée par la Compagnie, ne prendra effet que si :
 - (i) un avis de remise en vigueur a été émis par la Compagnie;
 - (ii) j'ai ou nous avons payé tous les arrérages des primes, plus l'intérêt; et
 - (iii) aucune modification n'a été apportée à l'assurabilité des personnes à assurer depuis la remise de la présente déclaration et la date à laquelle l'avis de remise en vigueur de la Compagnie m'a été expédié.
4. Je n'ai ou nous n'avons connaissance de l'omission d'aucun détail dans la présente déclaration, la proposition d'assurance originale et toute autre preuve d'assurabilité que j'ai ou que nous avons fournie qui pourrait avoir une incidence sur l'assurabilité de toute personne à assurer.
5. J'ai reçu ou nous avons reçu l'avis relatif au MIB et j'autorise ou nous autorisons toute médecin et tout médecin, toute praticienne ou tout praticien, tout hôpital, toute clinique ou tout autre établissement médical, toute compagnie d'assurance, le MIB ou tout autre organisme, tout établissement ou toute personne ayant des dossiers ou des renseignements sur la santé de toute personne à assurer, à fournir ces renseignements, y compris tout antécédent médical antérieur, à L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada ou à ses réassureurs. Notons qu'une photocopie de cette autorisation aura la même valeur que le document original.
6. La présente déclaration peut être transmise à la Compagnie par voie électronique et sera considérée par la Compagnie comme la demande de remise en vigueur du contrat de la proposante ou du proposant, ou encore de la titulaire ou du titulaire.
7. Je consens ou nous consentons à l'obtention d'un rapport sur le consommateur contenant des renseignements personnels et de solvabilité.

LE DÉFAUT DE DIVULGUER CHACUN DES FAITS À LA CONNAISSANCE DE TOUTE PERSONNE PROPOSANTE OU TITULAIRE, OU ENCORE DE TOUTE PERSONNE À ASSURER, QUI SONT IMPORTANTS AU TITRE DE L'ASSURANCE DEMANDÉE, OU IMPORTANTS AU TITRE DE L'ASSURABILITÉ DE TOUTE PERSONNE À ASSURER, OU TOUTE FAUSSE REPRÉSENTATION OU DÉCLARATION ERRONÉE QUANT AUX FAITS, AUX RENSEIGNEMENTS OU AUX RÉPONSES DONNÉES ET INDIQUÉES DANS LA PRÉSENTE DÉCLARATION, Y COMPRIS TOUT RENSEIGNEMENT DE LA PARTIE II ET TOUTE DÉCLARATION ÉCRITE DONNÉE COMME PREUVE D'ASSURABILITÉ RENDRA TOUTE ASSURANCE ÉTABLIE EN RELATION AVEC LA PRÉSENTE DÉCLARATION, ANNULABLE PAR LA COMPAGNIE.



DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ POUR LA REMISE EN VIGUEUR D'UN CONTRAT

Signé à _____ le _____ 20 _____.
(ville) (province) (jour) (mois)

Signature de toute personne proposante ou titulaire

(Si la proposante ou le proposant, ou encore la titulaire ou le titulaire est une société par actions, veuillez apposer son sceau, si possible, et obtenir la signature et le titre de l'autorisatrice ou l'autorisateur – si autre que la personne à assurer.)

PERSONNE 1

PERSONNE 2

* Signature de la personne à assurer

* Signature de la personne à assurer

AUTRE

** Signature de la personne à assurer

Témoin de toutes les signatures

* Signature requise pour chaque personne à assurer âgée de 16 ans ou plus, (18 ans et plus au Québec) en date de la présente.

* Signature requise d'un des parents, ou encore de la tutrice ou du tuteur des enfants âgés de moins de 16 ans (de moins de 18 ans au Québec) en date de la présente.

** Si autre que la personne 1 ou la personne 2.

AVIS RELATIF AU MIB INC.

Les renseignements concernant l'assurabilité de la personne ou des personnes à assurer seront traités en toute confidentialité. La Compagnie ou ses réassureurs pourraient toutefois soumettre un bref rapport au MIB Inc., connu auparavant sous le nom Medical Information Bureau (Bureau des renseignements médicaux). Le MIB Inc. est un organisme sans but lucratif, formé de compagnies d'assurance vie, qui permet l'échange de renseignements entre ses membres. Si toute personne à assurer présente une demande d'assurance vie, d'assurance maladies graves ou d'assurance maladie à une autre compagnie membre du MIB, ce dernier lui fournira, à sa demande, les renseignements qu'il détient sur vous. À la réception d'une demande de votre part, le MIB Inc. vous permettra de prendre connaissance de tous les renseignements qu'il détient à votre sujet. Si vous mettez en doute l'exactitude de ces renseignements, vous pouvez demander leurs corrections en communiquant avec le MIB. Le bureau de renseignements du MIB est situé à l'adresse suivante : 330 University Avenue, bureau 501, Toronto, Ontario, M5G 1R7; numéro de téléphone : 416 597-0590 La Compagnie ou ses réassureurs pourraient également fournir des renseignements figurant dans ses dossiers à d'autres compagnies d'assurance vie auxquelles la personne à assurer présenterait une demande d'assurance vie, d'assurance maladies graves ou d'assurance maladie, ou auxquelles une demande de réclamation est soumise. Des renseignements au sujet du MIB Inc. destinés aux consommateurs sont disponibles à l'adresse www.mib.com.

Remarque : L'Assurance vie Équitable^{MD} ne peut garantir le caractère privé et la confidentialité de tout renseignement transmis par Internet, puisque les communications par courrier électronique sont susceptibles d'être interceptées. En conséquence, l'Assurance vie Équitable ne sera pas tenue responsable de toute perte ou tout dommage que vous pourriez subir si vos renseignements sont interceptés et utilisés à mauvais escient. Si vous préférez nous soumettre vos renseignements par tout autre moyen, veuillez communiquer avec nous au 1 800 668-4095.