



## QUESTIONNAIRE MÉDICAL ABRÉGÉ DU RÉGIME COUVERTURE À EMPORTER

### Section 1 DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ RELATIVE AU RÉGIME D'ASSURANCE COUVERTURE À EMPORTER

Proposante ou proposant (prénom, nom de famille) :

Date de naissance :

Employeur titulaire de contrat qui a fourni la couverture d'assurance collective :

Numéro de contrat d'assurance collective :

Numéro de certificat :

#### Coordonnées

Veillez sélectionner votre moyen de communication privilégié en ce qui a trait à la tarification médicale qui comprend l'échange de renseignements médicaux personnels :  Par courriel (adresse courriel indiquée ci-dessous)  Par la poste à l'adresse du domicile

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Adresse du domicile

Rue : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

### Section 2 QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Veillez répondre aux questions suivantes aux fins d'admissibilité au régime d'assurance Couverture à emporter. D'autres renseignements pourraient s'avérer nécessaires et, le cas échéant, nous communiquerons avec vous.

1. Prenez-vous ou l'une de vos personnes à charge faisant l'objet de la demande de couverture (le cas échéant) prend-elle actuellement deux ou plusieurs médicaments quotidiennement?  Oui  Non

Dans l'affirmative, quel est le nom du médicament prescrit, la posologie et la date de prescription?

2. Avez-vous ou l'une de vos personnes à charge admissibles faisant l'objet de la demande de couverture (le cas échéant) a-t-elle déjà subi un test de dépistage du VIH dont le résultat a été positif, ou reçu le diagnostic ou un traitement ou encore présenté des signes de l'affection du sida ou du complexe lié au sida?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions :



## QUESTIONNAIRE MÉDICAL ABRÉGÉ DU RÉGIME COUVERTURE À EMPORTER

### Section 2 QUESTIONNAIRE MÉDICAL (suite)

3. Avez-vous ou l'une de vos personnes à charge admissibles faisant l'objet de la demande de couverture (le cas échéant) a-t-elle une affection ou maladie pour laquelle la recommandation de subir un traitement ou une chirurgie dans les 12 prochains mois a été donnée?  Oui  Non

Dans l'affirmative, quelle est la maladie ou affection et quel est le traitement recommandé?

4. Au cours des 36 derniers mois, avez-vous ou l'une de vos personnes à charge admissibles faisant l'objet de la demande de couverture (le cas échéant) a-t-elle souffert d'une maladie grave, comme le diabète aigu, la maladie de l'Alzheimer, la démence vasculaire, la maladie de Parkinson, l'hépatite, l'épilepsie, l'insuffisance rénale nécessitant la dialyse, des problèmes pulmonaires graves nécessitant de l'oxygène à domicile, l'alcoolisme, la dépendance aux drogues ou aux médicaments, des problèmes de santé mentale, des problèmes musculosquelettiques causés par un accident ou une blessure, ou d'une douleur persistante qui a duré deux semaines ou plus?  Oui  Non



## QUESTIONNAIRE MÉDICAL ABRÉGÉ DU RÉGIME COUVERTURE À EMPORTER

### Avis relatif au MIB Inc.

Les renseignements concernant l'assurabilité de toute personne à assurer seront traités en toute confidentialité. L'Assurance vie Équitable 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 complémentaire auprès d'une autre compagnie membre du MIB, ce dernier lui fournira, à sa demande, les renseignements qu'il détient sur elle. En tant que compagnie américaine, le MIB se conforme au droit relatif au respect de la vie privée des États-Unis. Le MIB protège les renseignements personnels d'une façon semblable au droit relatif au respect de la vie privée du Canada.

À la réception d'une demande de votre part, le MIB 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 leur correction en communiquant avec le MIB. Le bureau des renseignements médicaux du MIB est situé à l'adresse suivante : 330 University Avenue, bureau 501, Toronto (Ontario) M5G 1R7; le numéro de téléphone est le suivant : 416 597-0590 et pour toute question relative au respect de la vie privée, vous pouvez écrire à l'adresse courriel suivante : [privacy@mib.com](mailto:privacy@mib.com).

L'Assurance vie Équitable ou ses réassureurs pourraient également fournir des renseignements figurant dans leurs 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 complémentaire et, ou auxquelles une demande de réclamation pourrait être soumise. Des renseignements au sujet du MIB Inc. destinés aux consommateurs sont disponibles à l'adresse [www.mib.com](http://www.mib.com).

### Déclaration

Je certifie que les réponses et les renseignements fournis dans le présent formulaire sont à jour, exacts et complets et, à ma connaissance, je n'ai omis aucun détail qui pourrait avoir une incidence sur mon assurabilité. Je certifie que j'ai lu l'avis relatif au MIB Inc. énoncé ci-dessus.

Je reconnais et conviens que l'assurance demandée ne prendra effet que s'il est mentionné par écrit que :

- a) votre demande d'assurance a été approuvée par l'Assurance vie Équitable;
- b) le paiement de la prime initiale a été reçu par l'Assurance vie Équitable.

### Protection des renseignements personnels

Les renseignements personnels que j'ai fournis de plein gré à l'Assurance vie Équitable, conservés dans ses dossiers, seront utilisés par l'Assurance vie Équitable aux fins de tarification, de traitement et d'évaluation des réclamations. Je comprends et consens à ce que les renseignements personnels contenus au dossier soient accessibles pour les besoins mentionnés ci-dessus, et qu'ils puissent être transmis au personnel autorisé de l'Assurance vie Équitable, aux tiers engagés par l'Assurance vie Équitable, aux réassureurs participants, aux autres compagnies d'assurance, aux organismes d'enquête, aux fournisseurs de soins de santé, notamment aux pharmacies, aux médecins et aux dentistes, ainsi qu'à toute autre personne ou partie qui obtient mon autorisation.

Si j'effectue une demande pour ma conjointe ou mon conjoint, ou encore pour les personnes à ma charge, je certifie que j'ai l'autorisation d'agir en leur nom et, par conséquent, le présent énoncé de consentement et d'autorisation est aussi valable en ce qui a trait à la cueillette, à l'utilisation et à la communication de leurs renseignements personnels aux mêmes fins.

Signature du proposant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**Remarque** : l'Assurance vie Équitable 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 1 800 265-4556.