

PRÉQUALIFICATION ÉMISSION SIMPLIFIÉE

IDENTIFICATION			
ID client	Conseiller	Date	Êtes-vous citoyen canadien? Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
			Sinon quel est votre statut?
Sexe	Date de naissance	Taille	Poids
		<input type="radio"/> pi <input type="radio"/> cm	<input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg
BESOIN D ASSURANCE			
Type d'assurance	Durée	Type de prime	Montant du capital assuré
QUESTIONNAIRE			
HABITUDES DE VIE			OUI NON
Au cours des 12 derniers mois, votre poids a-t-il diminué de 10 % ou plus? (Diète, maladies, chirurgie, etc) Si OUI, pourquoi?			<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait usage de tabac ou de nicotine sous quelque forme que ce soit (excluant 12 cigares ou moins), ou vapoté ou utilisé une cigarette électronique sous quelque forme que ce soit? Si OUI, quand?			<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Avez vous fait usage, plus de 6 fois par semaine, de marijuana sous quelque forme que ce soit (à l'exception de l'huile de CBD ou des produits comestibles)? Si OUI, quand?			<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Avez vous été conseillé / traité par un professionnel de la santé de cesser votre consommation d'alcool ou de drogues, ou avez-vous reçu des conseils ou subi des traitements (incluant des médicaments) pour abus d'alcool ou de drogue ou avez-vous été admis dans un hôpital ou dans un centre de traitement pour alcoolisme ou toxicomanie? Si OUI, quand?			<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Avez vous fait l'usage de drogues dures (Cocaïne, LSD,etc), narcotiques, des barbituriques ou des stéroïdes (autres que sur ordonnance médicale)? Si OUI, quand?			<input type="radio"/> <input type="radio"/>
CHIRURGIE / SYMPTOMES / CONSULTATION			
Êtes-vous en attente d'une intervention chirurgicale (autre qu'une chirurgie d'un jour/une chirurgie ambulatoire) ? Si OUI, pourquoi?			<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Au cours des 60 derniers jours aviez-vous été admis / résident dans un hôpital, êtes-vous sur une liste d'attente pour résider dans un établissement de soins prolongés, dans un foyer de soins infirmiers, dans un établissement de soins qualifiés, y compris un centre ou un foyer destiné aux personnes en perte d'autonomie ou dans tout autre établissement nécessitant des soins d'un personnel qualifié et/ou vous déplacez-vous en fauteuil roulant ou avez-vous besoin d'aide ou d'assistance pour faire deux ou plusieurs des activités de la vie quotidienne : se laver, se vêtir, se servir des toilettes, être continent, se mouvoir, se nourrir ? Si OUI, quand? Durée: Détails:			<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Avez-vous déjà été avisé par un médecin que vous étiez atteint(e) d'une maladie terminale pour laquelle vous recevez présentement des soins palliatifs ou des soins en fin de vie/soins terminaux, ou avez discuté de ce type de soins avec un professionnel de la santé? Si OUI, quand?			<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Êtes-vous au courant d'un signe, d'un symptôme quelconque (physique ou mentaux) ou d'un test diagnostique anormal pour lequel; vous n'avez pas encore consulté de médecin? Vous faites présentement l'objet d'une investigation ? Vous avez une consultation en cours avec un médecin spécialiste ? Vous avez consulté un médecin spécialiste sans avoir reçu de diagnostic? Si OUI, quand? Détails:			<input type="radio"/> <input type="radio"/>

QUESTIONNAIRE SUITE

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX	OUI	NON
Y a-t-il plus d'un membre de votre famille biologique (parents, frères, sœurs) qui a déjà eu un cancer, une maladie cardiaque, un accident vasculaire cérébral (AVC) ou un accident ischémique transitoire (AIT), une angine, la sclérose en plaques ou une maladie du motoneurone ou ont-ils été traités ou ont-ils reçu un diagnostic à cet égard, ou un membre de votre famille immédiate a-t-il été traité ou a-t-il reçu un diagnostic à l'égard d'une maladie rénale polykystique, la chorée de Huntington ou une maladie ou un trouble héréditaires? Si Oui à quel âge?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

INFRACTIONS / ACTES CRIMINELS		
Avez-vous commis plus de 3 infractions au Code de la route? Si OUI, quand?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre permis de conduire a-t-il été suspendu ou révoqué, avez-vous été accusé(e) ou condamné(e) pour conduite sous l'effet de l'alcool ou de la drogue ou refusé de vous soumettre à un alcootest? Si OUI, quand?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres que ci-dessus, avez-vous été déclaré coupable, incarcéré, mis en probation ou libéré sous condition, ou est-ce qu'une accusation est en instance, ou êtes-vous en attente d'une condamnation pour une infraction criminelle? Si OUI, quand?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SPORTS DANGEREUX		
Au cours des deux dernières années, avez-vous participé à l'exploitation d'un aéronef à titre de pilote ou d'élève-pilote (pilotes de compagnies aériennes commerciales exclus) ou à des sports dangereux y compris, mais sans s'y limiter, plongée autonome, course automobile, alpinisme, ski de pleine nature ou parachutisme ou envisagez-vous de le faire au cours de la prochaine année? Si OUI, quand?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

VOYAGES		
Prévoyez-vous de voyager hors de l'Amérique du Nord, des Caraïbes (excluant Haïti) ou de l'Europe de l'Ouest dans les 12 prochains mois? Si OUI, où? Quand?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Au cours des deux (2) prochaines années, serez-vous amené à voyager dans des régions de guerre, de conflit ou à haut risque? Si OUI, où ? Quand? Visitez: https://voyage.gc.ca/voyager/avertissements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous l'intention de résider à l'extérieur du Canada ou des États-Unis pour une durée de plus de six (6) mois consécutifs? Si OUI, où? Quand?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Veillez remplir les sections qui s'appliquent à votre situation

TROUBLES CARDIAQUE ET VASCULAIRE			
	Diagnostiqué	Dernière épisode	(traitements, médicaments, changements, date du dernier suivi, etc.)
Angine de poitrine
STENT
Crise cardiaque
AIT
AVC
Pacemaker
Autres

TROUBLES RESPIRATOIRE			
	Diagnostiqué	Dernière épisode	(traitements, médicaments, changements, date du dernier suivi, etc.)
MPOC
Asthme
Fibrose kystique
Apnée du sommeil
Autres

QUESTIONNAIRE SUITE

Veuillez remplir les sections qui s'appliquent à votre situation

CANCER (autre que le carcinome basocellulaire)

Diagnostiqué Dernière épisode (traitements, médicaments, changements, date du dernier suivi, etc.)

Cancer

Leucémie

DIABETE

Diagnostiqué Dernière épisode (traitements, médicaments, changements, date du dernier suivi, etc.)

Diabète Type 1

Diabète Type 2

TROUBLES NERVEUX

Diagnostiqué Dernière épisode (traitements, médicaments, changements, date du dernier suivi, etc.)

Dépression

Psychose

Maniaco-dépression

Schizophrénie

Troubles bipolaires

TDAH

Autisme

Syndrome du Down

AUTRES MALADIES

Diagnostiqué Dernière épisode (traitements, médicaments, changements, date du dernier suivi, etc.)

Maladie de Crohn ou colite ulcéreuse

Cirrhose, Hépatite B, C

Sclérose en plaque

Parkinsons

Sida (VIH)

Pancréatite chronique ou héréditaire

Autres

AUTRES

Avez-vous d'autres conditions ou maladies ou prenez-vous des médicaments dont vous n'avez pas mentionné ci-dessus. Si Oui, lesquels ?

Détails :

La présente ne constitue pas une offre, mais plutôt une opinion tentative. Les résultats définitifs ne seront connus que lorsque le questionnaire de la compagnie d'assurance sera soumis et approuvé par la compagnie d'assurance. Les informations fournies le sont à titre indicatif seulement.