

Questionnaire médical

- Assurance médicale dans le monde entier annuelle voyages multiples
- Assurance médicale dans le monde entier voyage unique
- Assurance médicale à l'exclusion des États-Unis voyage unique

Nom de l'assuré/du patient

Numéro de police

Les demandeurs âgés de 60 à 89 ans doivent répondre aux questions suivantes pour déterminer le tarif applicable. Si vous avez le moindre doute sur la façon dont les questions suivantes s'appliquent à votre trouble médical, vous devriez consulter votre médecin pour lui demander son avis avant de remplir ce questionnaire médical*.**

1. Au moment de la demande, combien de médicaments** au total prenez-vous ou un médecin vous a-t-il ordonné de prendre pour un ou plusieurs des troubles médicaux suivants :

- Troubles/maladies cardiaques (inclure l'aspirine mais non les médicaments** pris pour de l'hypertension ou un cholestérol élevé)
- Troubles pulmonaires (y compris l'asthme)
- Diabète

- 3 médicaments ou plus** – Vous êtes admissible à la catégorie de tarif 6
- 2 médicaments** – Vous êtes admissible à la catégorie de tarif 5
- 1 médicament** – Veuillez continuer à la question 2
- Aucun médicament** – Veuillez continuer à la question 2

2. Durant les 24 mois précédant la date de la demande, avez-vous eu une crise cardiaque, un accident cérébrovasculaire ou un accident ischémique transitoire (« mini accident cérébrovasculaire », AIT)?

- Oui** – Vous êtes admissible à la catégorie de tarif 5
- Non** – Veuillez continuer à la question 3

3. Au moment de la demande, combien de troubles médicaux avez-vous parmi les suivants pour lesquels vous recevez un traitement?

Un traitement inclut aussi les médicaments** que vous prenez ou qu'un médecin vous a ordonné de prendre.

- | | |
|---|--|
| • Troubles/maladies cardiaques (inclure l'aspirine) | • Occlusion intestinale |
| • Troubles/maladies pulmonaires (y compris l'asthme) | • Ulcère gastroduodénal |
| • Diabète (contrôlé par des médicaments ou par un régime) | • RGO (maladie de reflux gastro-oesophagien) |
| • Hypertension | • Troubles rénaux |
| • Diverticulite | • Calculs rénaux |
| | • Insuffisance rénale |
| | • Cancer |

- 2 troubles médicaux ou plus** – Vous êtes admissible à la catégorie de tarif 4
- 1 trouble médical** – Vous êtes admissible à la catégorie de tarif 3
- Aucun** – Veuillez continuer à la question 4

4. Avez-vous déjà reçu un diagnostic pour tout trouble médical non mentionné dans les questions précédentes et pour lequel vous recevez actuellement un traitement?

Un traitement inclut aussi les médicaments** que vous prenez ou qu'un médecin vous a ordonné de prendre, à l'exception de ceux qui servent à traiter une affection mineure.*

*Par « affection mineure », on entend un trouble médical qui n'a pas nécessité l'utilisation de médicaments pendant une période de plus de 30 jours, qui n'a pas nécessité de suivi ni de consultation chez un médecin ou autre praticien autorisé et qui n'a pas nécessité d'hospitalisation ni d'intervention chirurgicale.

- Oui** – Vous êtes admissible à la catégorie de tarif 2
- Non** – Veuillez continuer à la question 5

5. Avez-vous utilisé des produits du tabac au cours des 12 derniers mois?

- Oui** – Vous êtes admissible à la catégorie de tarif 2
- Non** – Vous êtes admissible à la catégorie de tarif 1

** Par « médicament », on entend tout médicament nécessitant une ordonnance d'un médecin ou autre praticien autorisé et tout médicament acheté en vente libre sur l'avis d'un médecin ou autre praticien.

*** Toute demande de règlement sera assujettie à une franchise supplémentaire de 10 000 \$, en sus de tout autre montant de franchise applicable si vous remplissez les conditions requises pour la couverture choisie mais que vous ne répondez pas de manière véridique et exacte à toute question posée lors de la demande ou dans le questionnaire médical. Par ailleurs, aucune couverture ne sera accordée à l'avenir en vertu de cette Police, à moins de payer la prime supplémentaire correspondant aux réponses vraies et exactes.

Je comprends que les troubles médicaux divulgués dans cette demande peuvent ne pas être couverts et que les détails de la couverture des troubles médicaux préexistants sont inscrits dans le libellé de police.

Je confirme que les réponses que j'ai fournies dans ce questionnaire médical concernant mon état de santé sont correctes et justes.

Signature

Date