

Admissibilité

Pour être admissible à l'achat de cette assurance, vous devez avoir entre 55 et 89 ans et devez répondre **NON** à toutes les questions suivantes.

1. Au cours des 36 mois ayant précédé la souscription, un médecin a-t-il diagnostiqué chez vous ou vous a-t-il traité, ou ordonné de prendre un médicament pour trois (3) ou plus des conditions médicales suivantes?
 - Maladie/condition cardiaque
 - Maladie/condition du foie
 - Maladie/condition pulmonaire (excepté l'asthme ne nécessitant pas de prednisone)
 - Diabète (nécessitant la prise de médicaments)
 - Accident ou mini accident cérébrovasculaire (AIT ou accident ischémique transitoire)
2. Au cours des 12 mois ayant précédé la souscription, un médecin a-t-il diagnostiqué chez vous ou vous a-t-il traité, ou ordonné de prendre un médicament pour une maladie vasculaire périphérique (blocage des artères de la jambe); une insuffisance cardiaque congestive; une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC, emphysème)?
3. Au cours des 12 mois ayant précédé la souscription, avez-vous reçu ou vous a-t-on prescrit de l'oxygénothérapie à domicile?
4. Êtes-vous atteint d'une condition en phase terminale ou d'un cancer métastatique?
5. Avez-vous subi un pontage cardiaque plus de 10 ans avant la souscription? (Répondez non à cette question si vous avez subi un autre pontage cardiaque ou la pose d'une endoprothèse vasculaire moins de 10 ans avant la souscription.)
6. Avez-vous subi une transplantation d'organes (excepté une greffe cornéenne ou une greffe de peau)?
7. Êtes-vous atteint d'une maladie rénale nécessitant une dialyse rénale?
8. Avez-vous un anévrisme d'une longueur ou d'un diamètre mesurant plus de quatre (4) centimètres?
9. Au cours des 6 mois ayant précédé la souscription, avez-vous eu un accident (ou un mini accident) cérébrovasculaire (AIT ou accident ischémique transitoire)?

Si vous avez répondu **OUI** à l'une des questions d'admissibilité ci-dessus, vous n'êtes pas admissible à l'achat de cette assurance. Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions d'admissibilité ci-dessus, vous devez apposer vos initiales dans les cases suivantes avant de procéder à la qualification aux régimes/tarifs.

DEMANDEUR 1

DEMANDEUR 2

Questionnaire médical

QUALIFICATION AUX RÉGIMES/TARIFS	DEMANDEUR 1	DEMANDEUR 2
10. Au cours des 5 années ayant précédé la souscription, un médecin a-t-il diagnostiqué chez vous ou vous a-t-il traité, ou ordonné de prendre un médicament, ou avez-vous été hospitalisé pour ce qui suit :		
Crise cardiaque, anévrisme, angioplastie, fibrillation auriculaire, chirurgie de pontage artériel, chirurgie cardiaque, angine de poitrine, arythmie, stimulateur cardiaque, thrombose, phlébite, œdème pulmonaire	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Asthme chronique, bronchite chronique ou pneumonie	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Diabète (nécessitant la prise de médicaments)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Accident ou mini accident cérébrovasculaire (AIT ou accident ischémique transitoire)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Sténose carotidienne (blocage des artères du cou)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Maladie/condition du foie	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Cancer (excepté le cancer de la peau basocellulaire)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Maladie rénale ayant nécessité, mais ne nécessitant plus, de la dialyse	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Si vous avez répondu OUI à l'une ou plusieurs conditions/événements énumérés à la question 10, vous êtes admissible au régime Bronze. Allez à la question 16.		
Si vous avez répondu NON , veuillez continuer à la question 11.		
11. Au cours des 24 mois ayant précédé la souscription, combien de conditions médicales, parmi les suivantes, ont-elles été diagnostiquées ou traitées chez vous, ou pour combien de conditions médicales un médecin vous a-t-il ordonné de prendre un médicament?		
Maladie rénale	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Saignement gastro-intestinal	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Maladie d'Alzheimer/démence	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Pancréatite	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Maladie intestinale chronique	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Occlusion intestinale	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Si vous avez DEUX OU PLUS des conditions énumérées à la question 11, vous êtes admissible au régime Bronze. Allez à la question 16.		
Si vous avez seulement UNE des conditions énumérées à la question 11, vous êtes admissible au régime Argent. Allez à la question 16.		
Si vous n'avez AUCUNE des conditions énumérées à la question 11, veuillez continuer à la question 12.		

QUALIFICATION AUX RÉGIMES/TARIFS	DEMANDEUR 1	DEMANDEUR 2
12. Au cours des 12 mois ayant précédé la souscription, a-t-on diagnostiqué chez vous de l'hypertension, ou a-t-on modifié votre traitement médical (y compris toute modification d'un médicament, son dosage ou son usage) pour de l'hypertension; ET avez-vous eu une des conditions suivantes?		
Cholestérol élevé	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Diabète (ne nécessitant pas la prise de médicaments)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Maladie de la vésicule biliaire	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Ostéoporose	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Arthrite	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Si vous avez répondu OUI pour l'hypertension ET pour toute autre condition médicale énumérée à la question 12, vous êtes admissible au régime Argent. Allez à la question 16.		
Si vous avez répondu NON à la question 12, veuillez continuer à la question 13.		
13. Avez-vous déjà été soigné pour une maladie/condition cardiaque (excepté une cardiopathie congénitale)?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
14. S'est-il écoulé plus de 24 mois depuis votre dernier bilan de santé par un médecin?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
15. Avez-vous rapporté à un médecin avoir fait une chute au cours des 6 derniers mois?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Si vous avez répondu OUI aux questions 13, 14 ou 15, vous êtes admissible au régime Argent. Allez à la question 16.		
Si vous avez répondu NON aux questions 13, 14 et 15, vous êtes admissible au régime Or. Allez à la question 16.		
16. Au cours des 12 mois ayant précédé la souscription, avez-vous fumé des produits du tabac?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

*Certains termes sont définis dans cette brochure. Veuillez vous référer à la liste des définitions.

* Par « médicament », on entend tout médicament nécessitant une ordonnance d'un médecin ou de tout autre professionnel de la santé autorisé et tout médicament acheté en vente libre sur l'avis d'un médecin ou de tout autre professionnel de la santé autorisé, à l'exclusion de l'aspirine prise de façon préventive.

**Une modification inclut une augmentation ou une diminution dans la médication que ce soit dans la posologie, dans l'usage ou due à un changement dans le genre de médicament, mais ne comprend pas les changements de marque attribuables uniquement à la disponibilité de votre marque habituelle ou à cause des règlements gouvernementaux établissant le coût en fonction du produit de référence.

Si vous avez le moindre doute sur la façon dont les questions précédentes s'appliquent à votre condition médicale, vous devriez consulter votre médecin avant de remplir ce questionnaire médical.

Si vous avez répondu de manière fautive ou incorrecte aux questions 1 à 9, la couverture sera nulle.

Si vous êtes admissible à la couverture choisie mais que vous répondez de manière fautive ou incorrecte aux questions 10 à 16, une franchise supplémentaire de 15 000 \$ US sera appliquée à toute demande de règlement, en plus de tout autre montant de franchise applicable.

Les questions qui ne vous ont pas été posées pendant le processus de souscription ne seront pas soumises à cette franchise supplémentaire. De plus, aucune couverture subséquente ne sera offerte sous cette police à moins que vous ayez payé la prime supplémentaire reflétant les réponses justes et correctes à ces questions.

Je comprends que les conditions médicales divulguées dans cette demande peuvent ne pas être couvertes et que les détails concernant la couverture des conditions préexistantes sont fournis dans le libellé de police.

Je (nous) confirme (confirmons) que les réponses que j'ai (que nous avons) fournies dans ce questionnaire médical concernant mon (notre) état de santé sont correctes et justes.

X SIGNATURE Demandeur 1

X SIGNATURE Demandeur 2

Date