

Nom du demandeur/du patient : _____ Numéro de police : _____

Les demandeurs âgés de 60 ans et plus 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.

Questions

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 pulmonaires (y compris l'asthme)
- Diabète
- Troubles/maladies cardiaques (n'incluez pas l'aspirine, les médicaments pris pour l'hypertension (pression sanguine élevée) ou un cholestérol élevé)

<input type="radio"/> 3 médicaments ou plus	Vous êtes admissible à la catégorie de tarif 6
<input type="radio"/> 2 médicaments	Vous êtes admissible à la catégorie de tarif 5
<input type="radio"/> 1 médicament	Veuillez continuer à la question 2
<input type="radio"/> 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)?

<input type="radio"/> Oui	Vous êtes admissible à la catégorie de tarif 5
<input type="radio"/> Non	Veuillez continuer à la question 3

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

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

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

<input type="radio"/> 2 troubles médicaux ou plus	Vous êtes admissible à la catégorie de tarif 4
<input type="radio"/> 1 trouble médical	Vous êtes admissible à la catégorie de tarif 3
<input type="radio"/> Aucun	Veuillez continuer à la question 4

4. Au moment de la demande, avez-vous **tout trouble médical** non mentionné dans les questions précédentes 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 :

- Un traitement pour une période de plus de 30 jours consécutifs; ou
- Plus d'une visite de suivi ni de consultation chez un médecin ou autre praticien autorisé; ou
- Une hospitalisation ou une intervention chirurgicale.

<input type="radio"/> Oui	Vous êtes admissible à la catégorie de tarif 2
<input type="radio"/> Non	Veuillez continuer à la question 5

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

<input type="radio"/> Oui	Vous êtes admissible à la catégorie de tarif 2
<input type="radio"/> 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 autorisé.

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.

Toute demande de règlement sera assujettie à une franchise supplémentaire de 15 000 \$ US, en sus de tout autre montant de franchise applicable si vous ou un représentant autorisé à souscrire l'assurance en votre nom ne répondez pas de manière véridique et exacte à toute question posée dans le questionnaire médical au moment de la demande. Par ailleurs, aucune couverture ne sera accordée à l'avenir en vertu de cette police, à moins que vous payiez la prime supplémentaire correspondant aux réponses vraies et exactes à ces questions.

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

X _____ JJ | MM | AAAA
SIGNATURE DATE