

Partie I
Renseignements sur l'assuré

RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURÉ

Prénom		Nom	
Date de naissance (AAAA MM JJ)	Sexe		
Adresse			
Ville	Province	Pays	Code postal
Téléphone	Adresse électronique		

Montant d'assurance demandé (de 25 000 \$ ou 50 000 \$) : _____

Si vous détenez déjà un contrat d'Assurance maladies graves auprès d'Assurance-vie Banque Nationale (excluant les protections d'assurance-prêt et d'assurance-vie temporaire 10 ans ou 20 ans), le montant total d'assurance pour tous les contrats ne peut pas excéder 50 000 \$. Votre protection entrera en vigueur lorsque nous vous confirmerons notre acceptation.

ADMISSIBILITÉ DE L'ASSURÉ

- Êtes-vous citoyen du Canada ou un résident permanent du Canada, et êtes-vous un résident du Canada aux fins de l'impôt ? Oui Non
- Détenez-vous déjà un contrat d'Assurance maladies graves d'Assurance-vie Banque Nationale (excluant les protections d'assurance-prêt et d'assurance-vie temporaire 10 ans ou 20 ans) ? Oui Non
- Est-ce que cette demande d'assurance a pour but de remplacer un autre contrat d'assurance maladies graves présentement en vigueur ? Oui Non

Renseignements généraux

- Je maîtrise la langue indiquée et je demande que le libellé de ma police, y compris la présente proposition, soit établi dans celle-ci. / I understand the designated language and I request that my contract, including this application, be concluded in this language. français anglais
French English

Avis important

Si ce contrat est établi afin d'en remplacer un autre que vous détenez présentement, vous ne devez pas annuler votre contrat actuel tant et aussi longtemps que vous n'aurez pas complété l'avis de remplacement avec un représentant et que votre contrat ne soit émis.

Pour prendre rendez-vous avec un représentant, communiquez avec nous au _____.

DECLARATIONS ET AUTORISATIONS

J'accepte d'être lié par toutes les dispositions du contrat d'assurance.

Je reconnais que, pour déterminer mon admissibilité à l'assurance, traiter ma demande d'assurance, mener les enquêtes qui s'imposent et éventuellement administrer mon dossier et traiter toute demande de règlement, l'*assureur* et ses réassureurs doivent pouvoir recueillir, utiliser et communiquer des renseignements personnels à mon sujet, y compris sur mon état de santé.

À ces fins :

1. **J'autorise** l'*assureur* et ses réassureurs à recueillir les renseignements nécessaires sur moi et mon état de santé auprès de tout médecin, hôpital, clinique, compagnie d'assurance ainsi que du MIB LLC (MIB) et de tout autre organisme ou institution détenant de tels renseignements.
2. **J'autorise** l'*assureur* à utiliser tous les renseignements nécessaires qu'il détient sur mon compte, incluant ceux provenant de tous dossiers antérieurs.
3. **J'autorise** l'*assureur* ou ses réassureurs à communiquer tout renseignement sur mon état de santé ou autre information pertinente me concernant au MIB.

Avis concernant le MIB LLC

Les renseignements concernant votre assurabilité seront traités de façon confidentielle. Toutefois, l'Assureur ou son réassureur peut en communiquer un résumé au MIB LLC. (Bureau des renseignements médicaux), organisme sans but lucratif au service exclusif des compagnies d'assurance sur la vie, qui maintient un centre de données pour ses compagnies membres.

Si vous adressez une proposition d'assurance-vie ou d'assurance maladie ou soumettez une demande d'indemnisation à l'une des compagnies membres, le MIB lui fournira, sur demande, les renseignements contenus dans ses dossiers. Le MIB vous transmettra sur demande tous renseignements qu'il possède à votre sujet. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements consignés au MIB, vous pouvez en demander la rectification en vous adressant au _____

L'Assureur peut aussi communiquer les renseignements qu'il possède à une autre compagnie d'assurance à laquelle vous auriez adressé une proposition d'assurance-vie ou maladie ou une demande d'indemnisation.

Les clients qui désirent obtenir de l'information sur le MIB peuvent se rendre sur leur site web au www.mib.com

Accès aux renseignements personnels

L'*assureur* constituera un dossier d'assurance dans lequel seront versés les renseignements concernant votre demande d'assurance ainsi que ceux relatifs à toute demande de règlement d'assurance. Votre dossier sera détenu dans les bureaux de l'*assureur*. Vous aurez le droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans votre dossier et, le cas échéant, de les faire rectifier. Pour plus de renseignements, consultez la politique de confidentialité de l'*assureur* disponible sur le site www._____.

Je déclare que tous les renseignements que je fournis à l'*assureur* et à ses réassureurs sont exacts. **Je m'engage** à aviser l'*assureur* dans les meilleurs délais de tout changement relatif à mes renseignements personnels afin qu'il puisse mettre ses dossiers à jour. **Je reconnais** avoir lu les conditions liées à la collecte, à l'utilisation et à la communication de mes renseignements personnels ci-dessus, notamment l'« avis concernant le MIB, LLC » et l'« Accès aux renseignements personnels », et j'y consens.

Ce consentement sera valable à compter d'aujourd'hui et le restera pour la durée de ma relation d'affaires avec l'*assureur* ou pour une plus longue période de temps si cela est permis ou requis par la loi ou par les présentes.

Autorisez-vous l'*assureur* à utiliser les renseignements personnels qu'il détient à votre sujet pour vous proposer des produits et services susceptibles de vous intéresser :

- | | | |
|---|-------------------------------------|--|
| 1. par envois postaux ou par téléphone, à tout numéro que vous aurez fourni ? | <input type="checkbox"/> J'autorise | <input type="checkbox"/> Je n'autorise pas |
| 2. par courriel ? | <input type="checkbox"/> J'autorise | <input type="checkbox"/> Je n'autorise pas |

Vous pouvez retirer ce consentement à tout moment en communiquant avec l'*assureur* au

Le _____
Par _____

N° de contrat d'assurance
(réservé à l'assureur)

Partie II

Historique et état de santé de l'assuré

HISTORIQUE ET ÉTAT DE SANTÉ DE L'ASSURÉ

Pour que votre demande soit admissible, vous devez obligatoirement remplir ce questionnaire.

Si vous détenez déjà un contrat d'Assurance maladies graves auprès d'Assurance-vie Banque Nationale (excluant les protections d'assurance-prêt et d'assurance-temporaire 10 ans ou 20 ans), le montant total d'assurance pour tous les contrats ne doit pas excéder 50 000 \$

1. Êtes-vous d'accord pour répondre à toutes les questions avec exactitude ? Oui Non
2. Avez-vous déjà fait une demande d'assurance vie ou maladies graves qui a été refusée ou avez-vous reçu une offre de surprime ou une exclusion, ou une police d'assurance vie ou maladies graves a-t-elle été annulée après l'émission par l'assureur ? Oui Non
3. Veuillez décrire votre utilisation de tabac au cours des **12 derniers mois**. Combien de fois avez-vous utilisé des cigarettes ou autres produits à base de tabac, incluant la nicotine, les substituts de nicotine, la cigarette électronique ou autres produits à vapoter ? _____
4. Est-ce qu'un membre de votre famille immédiate (père, mère, frère et sœur) a souffert de diabète, de cancer, d'un accident vasculaire cérébral ou d'une maladie cardiaque avant l'âge de 60 ans ? Oui Non
5. Quelle est votre taille ? _____ pieds
_____ po _____ cm
6. Quel est votre poids ? _____ lb _____ kg
7. Quelle est votre consommation d'alcool par semaine ?
(1 consommation = 1 bouteille de bière (341 ml ou 12 onces) ; 1 verre de vin (150 ml ou 5 onces) ; 1 liqueur (43 ml ou 1.5 once)) _____
8. Quelle est votre consommation de marijuana ? _____
9. Avez-vous déjà consulté ou présenté des symptômes ou vous a-t-on déjà dit que vous avez eu :
- a. Maladie cardiovasculaire, chirurgie cardiaque, crise cardiaque, douleur à la poitrine, angine, trouble du rythme ou malformation cardiaque ? Oui Non
 - b. Accident vasculaire cérébral (AVC), ischémie cérébrale transitoire (ICT), maladie vasculaire périphérique ? Oui Non
 - c. Hypertension artérielle ou hypercholestérolémie (hyperlipidémie, cholestérol) ? Oui Non
 - d. Diabète (autre qu'un diabète de grossesse complètement rétabli), intolérance au glucose ou pré-diabète ? Oui Non
 - e. Cancer, tumeur maligne, leucémie, lymphome, mélanome ou tumeur au cerveau, nodule ou lésions anormales de la peau ? Oui Non
 - f. Troubles sanguins, anémie, hémochromatose, trouble de coagulation ? Oui Non
 - g. Trouble pulmonaire ou respiratoire, apnée du sommeil, embolie pulmonaire ? Oui Non
 - h. Fibrose kystique, maladie pulmonaire obstructive chronique (mpoc), bronchite chronique ou emphysème ? Oui Non
 - i. Affection du pancréas (incluant pancréatite) ou polype du colon ? Oui Non
 - j. Maladie de Crohn ou colite ulcéreuse ? Oui Non
 - k. Trouble du foie, trouble des voies biliaires (à l'exception des pierres au foie), hépatite B, hépatite C, cirrhose ou cholangite sclérosante ? Oui Non
 - l. SIDA ou résultat positif à un test de VIH ? Oui Non
 - m. Trouble des reins ou maladie rénale chronique (à l'exception des pierres aux reins) ? Oui Non
 - n. Trouble des seins ou de la prostate ? Oui Non
 - o. Trouble neurologique, trouble du système immunitaire incluant lupus, arthrite rhumatoïde ou trouble du tissu conjonctif ? Oui Non
10. Au cours des 10 dernières années, avez-vous :
- a. été admis dans un centre de réadaptation ou désintoxication, participé à un programme de réadaptation ou joint un organisme, ou suivi un traitement ou reçu des conseils à propos de votre consommation d'alcool ou de drogue ? Oui Non

- b. fait usage de cocaïne, héroïne, ou n'importe quelle autre drogue non prescrite par un médecin (autre que de la marijuana ou des médicaments sans prescription) ? Oui Non
- c. été accusé d'une offense criminelle, ou avez-vous actuellement des accusations criminelles en suspens Oui Non
11. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu des prestations d'invalidité pour une période de plus de quatre semaines consécutives ? Oui Non
12. Au cours des 5 dernières années, avez-vous été avisé d'un résultat anormal suite à l'un des tests suivants :
- a. Électrocardiogramme (ECG) Oui Non
 - b. Échocardiogramme Oui Non
 - c. Biopsie Oui Non
 - d. IRM (imagerie par résonance magnétique, autre que pour des articulations, des muscles ou des os) Oui Non
 - e. Tomographie (CT scan) Oui Non
 - f. Mammographie Oui Non
 - g. Échographie des seins Oui Non
 - h. Colonoscopie Oui Non
 - i. test pap ou cytologie Oui Non
 - j. test d'APS (antigène prostatique spécifique) Oui Non
13. Autre que des examens de routine, tels que les examens de la vue, test d'allergies, prises de sang, tests d'audition ou tests de grossesse, avez-vous été avisé par un professionnel de la santé de subir un test, un traitement ou une chirurgie qui n'a pas encore eu lieu, ou êtes-vous en attente d'un résultat de tout test médical ou d'un rendez-vous avec un médecin spécialiste ? Oui Non
14. Avez-vous des symptômes pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin ? Oui Non
- Ceci inclut des symptômes inexplicables et sans cause connue, tel que des saignements, perte de poids, étourdissements, des masses, excroissances ou taches qui ont changé de taille, ont saigné ou sont devenues douloureuses. Ceci n'inclut pas des rhumes, des gripes, des otites, eczéma, appendicite, pierres à la vésicule biliaire ou des allergies.
15. Avez-vous été en mesure de répondre à toutes les questions sans l'aide de quelqu'un et sans l'aide d'un traducteur ? Oui Non

Je déclare que tous les renseignements fournis sur mon historique et sur mon état de santé sont exacts.

Des renseignements inexacts pourraient invalider votre contrat d'assurance et entraîner le refus de vos demandes de règlement.

N° de contrat d'assurance
(réservé à l'assureur)

Le _____

Par _____