

Déclaration de santé abrégée

REMISE EN VIGUEUR (90 JOURS ET MOINS) TAUX NON FUMEURS

IDENTIFICATION

Nom de l'assuré	Prénom de l'assuré	Date de naissance (JJ-MM-AAAA)	N° de contrat
Occupation	Revenu	Taille (pi/cm)	Poids (lb/kg)

QUESTIONNAIRE

Depuis la dernière déclaration d'assurabilité faite à Croix Bleue, est-ce que la personne assurée :

1. S'est vu refuser, modifier, imposer une surprime ou remettre à plus tard une demande d'assurance vie, invalidité, maladies graves ou une demande de remise en vigueur? Si oui, précisez :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. A été reconnue coupable d'infractions au code de la route?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. Pratique ou a l'intention de pratiquer des sports tels que course automobile, plongée sous-marine, parachutisme, alpiniste, bungee ou tout autre sport dangereux?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. A effectué des vols ou l'intention de faire de l'aviation autre qu'à titre de passager?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5. A consulté ou été traitée par un médecin ou autre professionnel de la santé? Si oui, précisez :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6. A modifié ses habitudes sur l'usage d'alcool? Si oui, précisez :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7. a) A fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit, cigarettes, cigarillos, cigares, pipe ou autres produits dérivés du tabac ou contenant de la nicotine? b) Précisez la date si la personne a cessé l'usage du tabac :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8. A fait usage de drogues ou de narcotiques sans ordonnance médicale?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
9. A été informée de changements dans ses antécédents familiaux?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
10. A eu des symptômes ou des troubles pour lesquels elle n'a pas encore consulté ou reçu de traitement?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
11. Est présentement sous traitement, prend des médicaments ou est sous surveillance médicale?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

DÉCLARATION

Je déclare que les renseignements ci-dessus sont complets, exacts et à jour et je consens à ce que ces renseignements servent de base à l'évaluation effectuée en vue d'établir mon admissibilité à la couverture d'assurance de l'Association d'Hospitalisation Canassurance et/ou Canassurance Compagnie d'Assurance et/ou La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada. Je comprends également que, à la suite de l'évaluation de mon dossier, les renseignements contenus dans le présent formulaire feront partie intégrante du contrat d'assurance auquel je souscris. Toute fausse déclaration aux présentes entraînera les effets prévus par la loi, incluant l'annulation du contrat.

Signature de l'assuré

Date (JJ-MM-AAAA)

Signature du preneur (s'il diffère de l'assuré)

Date (JJ-MM-AAAA)

^{MD} Marque déposée de l'Association canadienne des Croix Bleue, une association de Croix Bleue indépendantes, utilisée sous licence par l'Association d'Hospitalisation Canassurance.

AUTORISATION

J'autorise, par la présente, tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, clinique, compagnie d'assurance, MIB, Inc. ou autre organisme ou institution détenant des renseignements sur moi ou sur mon état de santé, ou sur celui de mes enfants à charge, à les transmettre à l'Association d'Hospitalisation Canassurance et/ou Canassurance Compagnie d'Assurance et/ou La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada ou à leurs réassureurs.

Une photocopie de cette autorisation est aussi valide que l'originale.

Signature de l'assuré (signature du preneur si la personne assurée a moins de 14 ans au Québec ou moins de 16 ans en Ontario)

Date (JJ-MM-AAAA)