

Demande d'assurance pour soins médicaux majeurs

**DOIT ÊTRE
 REMPLI PAR
 LA PERSONNE
 À ASSURER**

**VEUILLEZ
 RÉPONDRE
 À TOUTES
 LES
 QUESTIONS**

Personne à assurer	Citoyenneté
--------------------	-------------

Adresse

Date De Naissance :	jour/mois/année	Sexe :	Taille :	Poids :
---------------------------	-----------------	--------	----------	---------

Profession ou emploi :

Nature des fonctions :

Nom de l'employeur :

Adresse de l'employeur :

**DÉTAILS DE
 LA
 COUVERTURE**

Somme maximale assure : \$

Dollars US ou CDN

**INFORMATION
 SUR LE
 COURTIER**

Courtier / agent / consultant

Nom et numéro de téléphone

Êtes-vous actuellement en bonne santé, et l'avez-vous été dans l'année précédant cette demande?	oui	non / décrivez la nature de la maladie
---	-----	--

Avez-vous consulté un médecin au cours des deux dernières années?	non	oui / indiquez la date et la raison de la consultation ainsi que le nom et l'adresse du médecin
---	-----	---

Avez-vous, à votre connaissance, au cours des vingt et un derniers jours, été exposé à une maladie infectieuse ou contagieuse?	non	oui / décrivez en détail
--	-----	--------------------------

Avez-vous l'intention de voyager à l'extérieur du Canada ou des É.-U. au cours des douze prochains mois?	non	oui / indiquez les pays à visiter, la durée du séjour, le but
--	-----	---

Au cours des dix dernières années, avez-vous consulté un médecin, ou avez-vous subi des traitements ou une intervention chirurgicale, ou encore, pris des médicaments d'ordonnance pour une maladie ou une blessure résultant d'une des conditions suivantes :

Si oui, veuillez décrire en détail, y compris les dates et le pronostic.

Hypertension artérielle, douleurs à la poitrine ou trouble du cœur ou du système circulatoire?	non	oui / décrivez en détail, y compris les dates et le pronostic
--	-----	---

Diabète, cancer, tumeur ou trouble des glandes, des os, du sang ou de la peau?	non	oui / décrivez en détail, y compris les dates et le pronostic
Trouble des seins, des organes reproducteurs, des reins ou du système urinaire?	non	oui / décrivez en détail, y compris les dates et le pronostic
Hernie ou trouble du foie, de la vésicule biliaire, de l'estomac, des intestins ou du rectum?	non	oui / décrivez en détail, y compris les dates et le pronostic
Arthrite, rhumatisme ou trouble des membres, du dos, du cou ou de la colonne vertébrale?	non	oui / décrivez en détail, y compris les dates et le pronostic
Névrite, sciatique, goutte ou trouble des muscles, des os ou des articulations?	non	oui / décrivez en détail, y compris les dates et le pronostic
Allergies, asthme, sinusite, emphysème ou trouble des poumons?	non	oui / décrivez en détail, y compris les dates et le pronostic
Essoufflement, enrouement persistant ou toux, crachats de sang, bronchite, pleurésie, tuberculose ou trouble respiratoire chronique?	non	oui / décrivez en détail, y compris les dates et le pronostic
Trouble des yeux, des oreilles, du nez et de la gorge?	non	oui / décrivez en détail, y compris les dates et le pronostic
Épilepsie, accident vasculaire cérébral, étourdissements ou trouble du cerveau ou de la moelle épinière?	non	oui / décrivez en détail, y compris les dates et le pronostic
Trouble émotionnel, mental ou nerveux?	non	oui / décrivez en détail, y compris les dates et le pronostic
Changement de poids dans la dernière année?	non	oui / décrivez en détail, y compris les dates et le pronostic
Avez-vous déjà eu des troubles de menstruation, de grossesse ou des organes féminins ou des seins?	non	oui
À votre connaissance, êtes-vous enceinte?	non	oui

**POUR LES
ASSURÉES DU
SEXE FÉMININ
SEULEMENT**

Antécédents familiaux

Y a-t-il, dans votre famille, des antécédents de diabète, de cancer, d'hypertension artérielle, de maladies cardiaques ou d'une maladie mentale ou de suicide?	non	oui / décrivez en détail	
	Âge, si toujours vivant	Âge au décès	Cause de décès
Père			
Mère			
Frères et sœurs Nombre de personnes en vie [] Nombre de personnes décédées []			

**AVEZ-VOUS JAMAIS :
Si oui,
veuillez
décrire en
détail**

Fumé des produits du tabac au cours des douze derniers mois?	non	oui / décrivez en détail	
Nécessité un traitement pour consommation d'alcool ou de drogues, ou abusé l'usage de l'un ou de l'autre?	non	oui / décrivez en détail	
Utilisé de la cocaïne, des stupéfiants ou toute autre drogue addictive?	non	oui / décrivez en détail	
Fait l'objet d'une révocation du permis de conduire pour un certain temps pour conduite sous l'influence de l'alcool?	non	oui / décrivez en détail	
À votre connaissance, avez-vous déjà été traité pour le SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise), un complexe lié au SIDA ou tout autre trouble immunologique ou vous a-t-on dit que vous en étiez atteint?	non	oui / décrivez en détail	
Avez-vous une amputation quelconque, ou toute déformation, déficience ou handicap physique?	non	oui / décrivez en détail	
Au cours des cinq dernières années, avez-vous subi une opération chirurgicale?	non	oui / indiquez la date (j/m/a), la raison, le nom et l'adresse du médecin	
Avez-vous une raison de penser que vous pourriez subir une intervention chirurgicale à l'avenir?	non	oui / date approximative et raison de la chirurgie	
Avez-vous une assurance similaire à celle pour laquelle vous faites la demande aujourd'hui?	non	oui / nom de l'assureur, prestations de la police	
En cas d'accident ou de maladie, est-ce que le demandeur serait admissible à un remboursement en vertu d'un régime de santé des gouvernements fédéral ou provincial canadiens?	non	oui / veuillez indiquer la durée	
Avez-vous jamais fait une réclamation contre un assureur concernant un accident ou une maladie?	non	oui / date et nature de la réclamation, montant de la réclamation	

Vous a-t-on jamais refusé, ou offert sous réserve, une assurance-vie ou une assurance-maladie?	non	oui / décrivez en détail
Est-ce qu'un assureur (assurance-vie ou assurance-maladie) a déjà annulé ou refusé de renouveler votre assurance?	non	oui / mois et année de l'action, raison de l'action
Avez-vous une demande en cours d'une autre assurance-maladie?	non	oui / date de la demande, nom de l'assureur, prestations de la police
Pratiquez-vous le parachutisme ou utilisez-vous un aéronef, un planeur ou une montgolfière?	non	oui / décrivez en détail
Faites-vous de la plongée, participez-vous à des courses de motos ou de bateaux?	non	oui / décrivez en détail
Pratiquez-vous d'autres activités dangereuses non indiquées ci-dessus?	non	oui / nature de l'activité, niveau et fréquence de participation

Si vous utilisez un véhicule automobile dans le cadre de vos activités professionnelles, donnez votre kilométrage annuel approximatif s'il dépasse 30 000 km ou 18 000 mi (affaires et plaisir) _____ ou S.O.

DÉCLARATION

Je certifie par la présente que les déclarations ci-dessus sont véridiques et exactes à ma connaissance, et que je n'ai retenu aucune information qui est prise en considération dans la décision de l'assureur. Je comprends que la non-divulgation ou la fausse déclaration d'un fait important rendra cette assurance nulle et non avenue.

REMARQUE : un fait important est celui susceptible d'influencer l'acceptation ou l'évaluation de cette demande par l'assureur. Si vous avez des doutes quant à la nature de ce qui constitue un fait important, vous devez consulter votre agent ou SUTTON SPECIAL RISK INC.

Je comprends que la signature de cette demande ne garantit pas une souscription de l'assurance, mais je suis d'accord que, si un document d'assurance est signé, la présente demande, ainsi que les déclarations faites aux présentes, constituera la base de l'assurance. En outre, que SUTTON SPECIAL RISK INC. est autorisée par les présentes comme le seul représentant pour le placement de cette assurance.

Signature de la personne à assurer

Date

Demandeur / propriétaire (société / partenariat / fiduciaire ou personne autre que la personne à assurer)

Par (signature et titre)

Témoïn : agent résident sous licence

AUTORISATION

J'autorise tout médecin, hôpital, clinique ou autre établissement médical ou paramédical, compagnie d'assurance ou autre organisation, institution ou personne, en possession de dossiers ou de connaissances concernant ma personne ou ma santé, à les partager avec SUTTON SPECIAL RISK INC. La photocopie de cette autorisation est réputée aussi exécutoire et valide que le document original.

Signature de la personne à assurer

Date

Signé à