

Déclaration d'assurabilité

Veuillez envoyer cette proposition dûment remplie à l'adresse ou aux numéros indiqués ci-dessous

Envoi postal ou par télécopieur : La Capitale assureur de l'administration publique inc.

625, rue Jacques-Parizeau, case postale 1500, Québec (Québec) G1K 8X9

Tél. : +1.418.781.7640 ou 1.844.580.7640 | Téléc. : +1.418.780.9489 ou 1.855.896.9489

Envoi par courriel : perspective@lacapitale.com

No. de police : 103999

No d'identification (pour modification à une police existante) :

1. Identification

Du titulaire (vous) :

Nom et prénom : _____ Nom à la naissance (si différent) : _____

Sexe : ☐ M ☐ F Date de naissance : (aa/mm/jj) _____

Adresse (numéro, rue et no. app.) : _____

Ville : _____ Prov. : _____ Code postal : _____

No. tél. (résidence) : _____ No. tél. (autre) : _____

De votre conjoint (protection couple) :

Nom et prénom : _____ Nom à la naissance (si différent) : _____

Sexe : ☐ M ☐ F Date de naissance : (aa/mm/jj) _____

2. Renseignements sur l'emploi du titulaire

Profession : _____

3. Taille et poids des personnes à assurer

Personne à assurer	Taille	Poids actuel	Poids il y a un an	Raison de la variation s'il y a lieu
	☐ cm ☐ pi/po	☐ kg ☐ lb	☐ kg ☐ lb	
Titulaire				
Conjoint				

4. Antécédents d'assurance

Avez-vous déjà présenté une demande d'assurance vie, maladies redoutées, voyage ou invalidité qui a été refusée, reportée, modifiée ou qui a fait l'objet d'une surprime ou d'une exclusion ?

Personne à assurer	Non	Oui	Date (année/mois)	Nom de la compagnie d'assurance	Type d'assurance	Raison de la décision
Titulaire	☐	☐				
Conjoint	☐	☐				

5. Consommation de tabac et de drogues

	Titulaire	Conjoint
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fumé la cigarette, le cigarillo, la pipe ou fait usage de toute autre forme de tabac, de marijuana ou d'un substitut comme la gomme ou le timbre à la nicotine (patch) ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Si vous avez cessé votre utilisation au cours des 12 derniers mois, veuillez indiquer la date de cessation (année/mois) :		
Avez-vous déjà fait usage de médicaments ou de drogues pour une raison autre que médicale ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Nom de la substance :		
Date de la dernière consommation (année/mois) :		



6. Renseignements médicaux et personnels

Important : Veuillez répondre à toutes les questions et dans l'affirmative, préciser les informations pertinentes à la section 7.

Est-ce que la personne à assurer :	Titulaire	Conjoint			
1. a, au cours des 3 dernières années, été incapable de vaquer à ses occupations régulières en raison d'une convalescence, maladie ou blessure ? Si oui, préciser la durée et la raison.	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non			
2. a déjà présenté des signes, consulté un médecin ou été traitée en raison de ce qui suit : troubles cardiaques, troubles de vaisseaux sanguins, troubles rénaux, troubles pulmonaires, troubles anxieux, troubles du système nerveux, troubles psychologiques, troubles au dos, taux de cholestérol élevé, arthrite, hypertension artérielle, diabète, hépatite, colite ulcéreuse, maladie de Crohn, cancer, tumeur, séropositivité, SIDA, sclérose en plaques ou problème de santé à la suite d'un accident ? Si oui, préciser le nom et l'adresse de votre médecin traitant.	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non			
3. souffre d'un handicap, malformation ou autre maladie physique, nerveuse ou mentale ? Si oui, préciser laquelle.	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non			
4. prend des médicaments, des produits homéopathiques, reçoit des traitements ou suit une diète ? Si oui, préciser lesquels.	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non			
5. a, au cours des 5 dernières années, consulté un médecin, un thérapeute ou un professionnel de la santé (psychologue, chiropraticien, etc.), y compris en médecine douce, ou été admise dans un hôpital ou un autre établissement de santé ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non			
6. prévoit, au cours des 12 prochains mois, consulter un médecin, un thérapeute ou un professionnel de la santé (psychologue, chiropraticien, etc.), y compris en médecine douces, ou subir une intervention chirurgicale ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non			
7. a subi, doit subir ou a été encouragée à subir un test de dépistage du VIH / SIDA ? Si oui, préciser la date et le résultat.	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non			
8. a fait au cours de 2 dernières années ou a l'intention de faire des envolées aériennes autrement qu'en tant que passager ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non			
9. a fait au cours des 2 dernières années ou a l'intention de faire de l'alpinisme, des courses de véhicules motorisés, du deltaplane, du parachutisme, de la plongée sous-marine, ou tout autre activité ou sport hasardeux ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non			
10. s'est fait, au cours des 3 dernières années, suspendre ou retirer son permis de conduire ? Si oui, préciser la date et la raison.	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non			
11. a, au cours des 2 dernières années, voyagé ou séjourné à l'extérieur du Canada ou des États-Unis, ou a l'intention, au cours des 2 prochaines années, de voyager ou séjourner à l'extérieur du Canada ou des États-Unis ? Si oui, préciser le pays, la date, la raison et la durée du séjour.	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non			
12. consomme des boissons alcooliques ?					
	Quantité Hebdomadaire :				
	Si oui :	actuelle	il y a 1 an	actuelle	il y a 1 an
	Bière (verres)				
	Vin (verres)				
	Spiritueux (onces)				
13. a subi ou a été encouragée à subir une cure de désintoxication pour consommation de boissons alcooliques ou de drogues ? Si oui, préciser la date et la raison de la cure.	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non			

