

Questionnaire pour l'avenant d'assurance temporaire pour les enfants et la garantie d'exonération des primes du titulaire

Avenant d'assurance temporaire pour les enfants * Garantie d'exonération des primes du titulaire (pour l'assurance vie universelle seulement)

* Seuls les enfants, les enfants du conjoint et les enfants légalement adoptés de la personne à assurer qui sont âgés de 15 jours à 17 ans inclusivement à la date de la proposition d'avenant sont admissibles à la protection de l'avenant d'assurance temporaire pour les enfants.

Personne à assurer _____

Nom(s) des enfants ou du titulaire de police à assurer

Prénom et nom de famille	Lien de parenté avec la personne à assurer	Date de naissance jj/mm/aaaa	Âge au dernier anniversaire de naissance	Taille <input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> pi/po	Poids <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lbs	Nom et adresse du médecin personnel	Date et raison de la dernière consultation
				<input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> pi/po	<input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lbs		
				<input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> pi/po	<input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lbs		
				<input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> pi/po	<input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lbs		

- | | | |
|--|------------|------------|
| | Oui | Non |
|--|------------|------------|
1. Au cours des cinq dernières années, l'une ou l'autre des personnes à assurer susmentionnées a-t-elle :
 - (a) Consulté un médecin pour quel que raison que ce soit; subi un électrocardiogramme ou tout autre test de diagnostic; été admise, à une clinique à un hôpital ou à un établissement médical pour observation ou traitement?
 - (b) Été conseillée de subir un test de diagnostic, une intervention chirurgicale ou une hospitalisation qui n'ont pas encore été effectués?
 2. L'une ou l'autre des personnes à assurer susmentionnées a-t-elle déjà présenté des symptômes ou souffert de l'une ou l'autre des maladies ou des affections suivantes :
 - (a) Cancer, accident vasculaire cérébral, crise cardiaque ou maladie du coeur?
 - (b) Diabète, troubles des glandes ou de la glande thyroïde, adénopathie, épilepsie, troubles mentaux, nerveux ou neurologiques?
 - (c) Douleurs à la poitrine, angine, hypertension, souffle au coeur ou autres troubles des systèmes circulatoires ou sanguins?
 - (d) Troubles des reins, du système urinaire ou des organes reproductifs ou toute maladie transmise sexuellement?
 - (e) Troubles hépatiques ou gastro-intestinaux, hépatite ou porteur de l'hépatite?
 - (f) Asthme, emphysème ou autre trouble respiratoire?
 - (g) Perte de la vue, amputation, difformité, arthrite ou autre trouble musculo-squelettique?
 3. L'une ou l'autre des personnes à assurer susmentionnées a-t-elle déjà contracté ou reçu un diagnostic de l'une ou l'autre des affections suivantes : syndrome d'immunodéficience acquis (SIDA), séropositif pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou toute autre anomalie du système immunitaire?
 4. L'une ou l'autre des personnes à assurer susmentionnées prend-elle actuellement des médicaments?
 5. L'une ou l'autre des personnes à assurer susmentionnées :
 - (a) A-t-elle déjà présenté une proposition d'assurance vie ou d'assurance invalidité qui a été refusée, tarifée, reportée ou modifiée de quelque façon que ce soit?
 - (b) A-t-elle, au cours des deux dernières années, effectué des vols en tant que pilote ou apprenti-pilote, participé à des activités dangereuses telles que la course, la plongée sousmarine ou le parachutisme, le deltaplane ou d'autres activités semblables ou prévoit-elle le faire?
 - (c) A-t-elle, au cours des cinq dernières années, consommé des amphétamines, des stupéfiants, des barbituriques, des hallucinogènes ou de la marijuana ou été traitée pour toxicomanie ou alcoolisme?
 - (d) A-t-elle fait l'objet d'une révocation de permis, d'un permis restreint ou commis trois infractions ou plus au code routier au cours des trois dernières années?
 Dans l'affirmative, indiquer le numéro de permis de conduire : _____
 - (e) Prévoit-elle résider ou voyager à l'extérieur du Canada pour une période de plus de quatre semaines consécutives?

Préciser toutes les réponses affirmatives (« Oui ») aux questions 1 à 5. Préciser les dates, le traitement, la durée de la maladie, ainsi que le nom et l'adresse de tous les médecins traitants et des établissements médicaux.

Je déclare que toutes les réponses aux questions du questionnaire et les déclarations faites sont véridiques et complètes et qu'elles font partie de ma proposition d'assurance auprès de BMO Société d'assurance-vie. Je comprends que si je ne répons pas entièrement et honnêtement à toutes les questions, la compagnie pourrait annuler la police.

Province de signature	Date JJ/MMM/AAAA)	Signature
		Personne à assurer X