

QUESTIONNAIRE COMPLÉMENTAIRE RELATIF À L'ASSURANCE CONTRE LA MALADIE GRAVE (À remplir par la personne à assurer)

Nom de la personne à assurer : _____ Date de naissance (mm/jj/aaaa) _____

1. Antécédents familiaux

Avez-vous, vous ou l'un de vos frères, soeurs ou parents naturels, vivant ou décédé, déjà souffert de l'une des maladies suivantes : diabète, hypertension, accident vasculaire cérébral, maladie du coeur, cancer, maladie des reins, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer ou de toute affection héréditaire ? Oui Non Dans l'affirmative, veuillez remplir la grille ci-dessous.

Membre de la famille Nom/Lien de parenté	Maladie	Âge au début	Âge si vivant	Âge ou décès	Cause du décès

2. Votre emploi est-il associé à l'une ou l'autre des activités suivantes : exposition à l'amiante, plongée sous-marine, activités minières et souterraines, vins et spiritueux ? Oui Non Dans l'affirmative, préciser.

3. Exercez-vous l'une des activités suivantes : boxe, course à cheval, lutte, course automobile ? Oui Non Dans l'affirmative, préciser.

4. Si vous ne travaillez pas, quel est le montant des revenus familiaux bruts ? _____ \$

5. Outre la présente proposition, avez-vous d'autres polices d'assurance contre la maladie grave en vigueur ou à l'étude ? Oui Non Dans l'affirmative, veuillez remplir la grille ci-dessous.

Nom de la compagnie	Capital assuré \$	Nom du régime	N° de police ou de proposition, si disponible

6. Une proposition d'assurance contre la maladie grave ou d'assurance santé sur votre vie a-t-elle déjà été refusée, ajournée, résiliée, modifiée ou fait l'objet d'une surprime ? Oui Non Dans l'affirmative, préciser.

7. Prévoyez-vous consulter un médecin au sujet d'autres symptômes ou de problèmes de santé dont vous souffrez ?
 Oui Non Dans l'affirmative, préciser.

Désignation de Bénéficiaire (À remplir par le titulaire du contrat si ce dernier n'est pas la personne assurée)

Nota : La prestation d'assurance contre la maladie grave est payable au titulaire de la police, sauf indication contraire.

Nom _____	Lien de parenté à la personne assurée _____
Bénéficiaire subsidiaire de l'assurance contre la maladie grave _____	Lien de parenté à la personne assurée _____
Bénéficiaire du remboursement des primes au décès _____	Lien de parenté à la personne assurée _____
Bénéficiaire subsidiaire du remboursement des primes au décès _____	Lien de parenté à la personne assurée _____

Je sais que les questions et réponses ci-dessus font partie de la proposition d'assurance que j'ai présentée à BMO Société d'assurance-vie le _____ 20 _____ et qu'elles ont la même portée que si elles étaient contenues dans le formulaire de cette proposition.

Fait à _____ le _____ 20 _____

Témoïn

Personne à assurer