

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 J/M/A	Âge au dernier anniversaire de naissance	Taille et poids	Nom et adresse du médecin personnel	Date et raison de la dernière consultation

- | | | | |
|---|--------------------------|-----|--------------------------|
| 1. Au cours des cinq dernières années, l'une ou l'autre des personnes à assurer susmentionnées a-t-elle : | | Oui | Non |
| (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 ? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| (b) Été conseillée de subir un test de diagnostique, une intervention chirurgicale ou une hospitalisation qui n'ont pas encore été effectués ? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 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 ? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| (b) Diabète, troubles des glandes ou de la glande thyroïde, adénopathie, épilepsie, troubles mentaux, nerveux ou neurologiques ? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| (c) Douleurs à la poitrine, angine, hypertension, souffle au coeur ou autres troubles des systèmes circulatoires ou sanguins ? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| (d) Troubles des reins, du système urinaire ou des organes reproductifs ou toute maladie transmise sexuellement ? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| (e) Troubles hépatiques ou gastro-intestinaux, hépatite ou porteur de l'hépatite ? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| (f) Asthme, emphysème ou autre trouble respiratoire ? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| (g) Perte de la vue, amputation, difformité, arthrite ou autre trouble musculo-squelettique ? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 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 ? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 4. L'une ou l'autre des personnes à assurer susmentionnées prend-elle actuellement des médicaments ? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 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 ? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| (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 ? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| (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 ? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| (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 ? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 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 ? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

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 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