

DÉCLARATION MÉDICALE

Cette déclaration médicale doit être remplie si vous êtes âgé de 70 à 84 ans à la date d'entrée en vigueur de la couverture et que vous soumettez une demande d'assurance pour un problème médical préexistant qui est stable depuis 180 jours à compter de votre date d'entrée en vigueur. La couverture pour un problème médical préexistant n'est pas offerte si vous êtes âgé-e de plus de 84 ans.

QUESTIONNAIRE

1. Votre plus récent pontage, angioplastie cardiaque (y compris l'implantation d'une endoprothèse vasculaire) ou chirurgie valvulaire remonte-t-il à plus de 10 ans avant votre date d'entrée en vigueur ?	☐		N
2. Avez-vous reçu un diagnostic de problèmes cardiaques ainsi que de diabète et/ou d'hypertension (hypertension artérielle) ? Répondez NON si vous souffrez uniquement de diabète et/ou d'hypertension et que vous n'avez pas de problèmes cardiaques.	☐		N
3. Avez-vous déjà eu ou attendez-vous une greffe de moelle osseuse ou d'organe ?	☐		N
4. Dans les 24 mois précédant votre date d'entrée en vigueur, avez-vous reçu un diagnostic pour l'une des affections suivantes ou été traité pour celle-ci ?			
a. Insuffisance cardiaque congestive	☐		N
b. Trouble pulmonaire avec prednisone ou autre stéroïde oral (à l'exclusion d'un inhalateur) ou oxygénothérapie à domicile	☐		N
c. Insuffisance rénale ou du foie	☐		N
d. Acrosyndrome	☐		N
5. Dans les 12 mois précédant votre entrée en fonction, avez-vous reçu un diagnostic ou un traitement pour les problèmes suivants :			
a. Angine, douleurs thoraciques ou crise cardiaque	☐		N
b. Accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire ou mini accident vasculaire cérébral	☐		N
c. Cancer (à l'exclusion d'un carcinome basocellulaire ou épidermoïde ou d'un cancer du sein uniquement traité par hormonothérapie)	☐		N
d. Hémorragie interne	☐		N

Si vous avez répondu **Oui** à l'une des questions, **vous n'êtes pas admissible** à la couverture pour un problème médical préexistant stable.

Le-la demandeur déclare que, au mieux de ses connaissances, les déclarations et les réponses fournies sont véridiques, complètes et justes. Le-la demandeur accepte que les déclarations et réponses forment une partie du contrat et que l'assurance sera active conformément aux modalités de cette police et fera l'objet desdites modalités. Toute fausse déclaration ou omission de divulguer des faits importants pourrait annuler la police, au choix de l'assureur.

Nom complet du-de la demandeur	Date (MM/JJ/AA)	Signature du-de la demandeur