

# Questionnaire médical détaillé

L'assurance est souscrite auprès de Co-operators Compagnie d'assurance-vie.



TIC assurance de voyage<sup>®</sup> | Toujours présents.

**Comment remplir ce formulaire :** Remplissez un formulaire pour chacun des proposants.

- Répondez à toutes les questions.
- Si vous n'êtes pas certain de vos réponses, parlez-en avec votre médecin.
- Le proposant, le tuteur légal ou le détenteur d'une procuration doit signer et dater le formulaire.
- Posez toutes vos questions au sujet du présent formulaire en appelant le numéro sans frais : 1-888-298-8151.
- S'il manque des renseignements dans votre proposition, ou si vous avez omis de la signer ou de la dater, nous devons communiquer avec vous et le traitement de votre proposition sera retardé.

Veillez-vous référer à la police pour connaître toutes les conditions, les limitations et les exclusions.

**Retournez-nous le questionnaire par télécopie, par courriel ou par la poste**

Coordinateurs en assurance voyage TIC ltée  
Service de la tarification médicale  
2100 – 250 Yonge Street, Toronto (Ontario) M5B 2L7  
Téléc. : **866-256-2377** ou 416-340-0790  
Courriel : [directuw@travelinsurance.ca](mailto:directuw@travelinsurance.ca)

## Admissibilité

1. NE SONT PAS ADMISSIBLES les personnes qui, à la date de leur départ :
  - a) ont reçu un diagnostic de maladie terminale;
  - b) ont reçu un diagnostic ou ont souffert d'insuffisance cardiaque congestive;
  - c) ont subi leur dernière chirurgie cardiaque il y a plus de 10 ans;
  - d) ont reçu un diagnostic de syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ou de virus de l'immunodéficience humaine (VIH);
  - e) ont reçu un diagnostic de cancer de stade 3 ou 4, de cancer du poumon, du foie, du pancréas ou des os ou ont suivi un traitement contre tout autre cancer (autre qu'un cancer de la peau, épithélioma cutané basocellulaire ou épithélioma malpighien cutané ou qu'un cancer du sein traité uniquement par hormonothérapie) au cours des 3 derniers mois;
  - f) ont souffert d'une affection pulmonaire pour laquelle, au cours des 12 derniers mois, elles se sont vu prescrire ou ont dû suivre un traitement à l'oxygène à domicile;
  - g) ont subi une transplantation de moelle osseuse ou d'un organe vital ou sont en attente d'une telle intervention;
  - h) ont reçu un diagnostic ou ont suivi un traitement pour un trouble rénal exigeant la dialyse;
  - i) ont reçu un diagnostic d'anévrisme, lequel n'a pas encore été traité;
  - j) ont besoin d'aide pour accomplir les activités de la vie quotidienne.

Vous êtes admissible à l'assurance si vous répondez aux critères d'admissibilité susmentionnés.

Confirmez-vous être admissible à l'assurance?  NON  OUI

## Renseignements à votre sujet

Nom de famille (en caractères d'imprimerie)		Prénom	Date de naissance	<input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme
Numéro de la police TIC précédente (si vous le connaissez)				
Adresse		Numéro d'appartement	Ville	
Province	Code postal	Téléphone	Télécopieur	Courriel

## Renseignements sur votre agent ou courtier

Ne remplissez cette section que si vous avez un agent ou un courtier

Avec qui devrions-nous communiquer?  vous  votre agent ou courtier

Nom de l'agent ou du courtier

Code de l'agent ou du courtier

Envoyer la correspondance par

Télécopieur  Courriel

À l'attention de

Nom du proposant (en caractères d'imprimerie)

JJ/MM/AAAA

Date

## Renseignements au sujet de votre voyage

Destination (ville, état, pays)

JJ/MM/AAAA

Date de départ

JJ/MM/AAAA

Date de retour

### Quel type d'assurance désirez-vous?

#### Touristes étrangers visitant le Canada

- 10 000 \$     100 000 \$  
 25 000 \$     150 000 \$  
 50 000 \$

#### Expatriés canadiens

- Option de base 100 000 \$     Ailleurs qu'aux É.-U./Mexique  
 Option bonifiée 500 000 \$     Dans le monde entier  
 Option de luxe 2 000 000 \$    Profession : \_\_\_\_\_

#### Impatriés arrivant au Canada

- 100 000 \$  
 150 000 \$  
 200 000 \$

## Vos renseignements médicaux

Taille \_\_\_\_\_  pieds/po  cm    Poids \_\_\_\_\_  livres  kg

- Avez-vous fumé ou fait usage de produits du tabac au cours des 5 dernières années?  NON  OUI
- À quand remonte votre dernière visite chez le médecin ou dans une clinique médicale? (JJ/MM/AAAA)  
**Raison de la visite ou résultats** (diagnostic, médicaments prescrits, rendez-vous de suivi, investigations ou traitements, chirurgie recommandée ou planifiée)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Un médecin vous a-t-il conseillé de subir un examen, une investigation ou une chirurgie qui est encore à venir?  
 NON  OUI → Veuillez fournir des détails  
\_\_\_\_\_

## Vos antécédents médicaux

 Cochez OUI ou NON pour chaque catégorie

Cochez oui si vous avez **déjà** présenté des symptômes, subi une investigation ou un traitement pour l'une ou l'autre des affections du groupe puis cochez la case à côté de l'affection dont vous souffrez. Cochez la case correspondant à **chacune** des affections dont vous souffrez.

### Maladie auto-immune

NON  OUI

→ cochez toutes les cases applicables

maladie de Lou-Gehrig (SLA)

- sclérodémie  
 syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ou virus de l'immunodéficience humaine (VIH)  
 sclérose en plaques

- lupus érythémateux systémique  
 sarcoïdose (n'importe quelle région)  
 myasthénie  
 autre : \_\_\_\_\_

### Troubles sanguins

NON  OUI

→ cochez toutes les cases applicables

- purpura thrombopénique idiopathique (PTI)  
 hémochromatose  
 anémie falciforme  
 anémie

- thrombophilie (hypercoagulabilité)  
 hémophilie (hypocoagulabilité)  
 ablation de la rate  
 autre : \_\_\_\_\_

### Hypertension artérielle, cholestérol ou rétention d'eau

NON  OUI

→ cochez toutes les cases applicables

- hypertension artérielle  
 sans médicament  
    → avec médicament  
         1     2     3+  
 taux élevé de cholestérol

- sans médicament  
    → avec médicament  
         1     2     3+  
 traité pour la rétention d'eau ou un œdème au cours des 12 derniers mois  
 autre : \_\_\_\_\_

Passez à la page suivante pour nous faire part de vos symptômes, examens et traitements. ►

Nom du proposant (en caractères d'imprimerie)

Date

**Diabète** NON  OUI

↳ cochez toutes les cases applicables

- prédiabète  
 diabète contrôlé par le régime alimentaire

- diabète de type 1 (insuline)  
 diabète de type 2 (médicaments par voie orale)  
 insuffisance rénale chronique  
 neuropathie diabétique

- infection de la peau (au cours des 30 derniers jours)  
 infection des poumons (au cours des 30 derniers jours)  
 rétinopathie diabétique  
 autre : \_\_\_\_\_

**Affection des vaisseaux sanguins** NON  OUI

↳ cochez toutes les cases applicables

- anévrisme  
 ↳ réparé?  NON  OUI

- ↳ région :  
 abdomen  cerveau  
 thorax  cœur
- athérosclérose  
 angine  
 phlébite (inflammation des veines)  
 maladie vasculaire périphérique

- thrombose veineuse profonde (TVP)  
 thrombophlébite  
 varices  
 ↳ chirurgicalement réparées?  
 NON  OUI  
 autre : \_\_\_\_\_

**Affection pulmonaire** NON  OUI

↳ cochez toutes les cases applicables

- maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)  
 emphysème

- asthme  
 sans médicament  
 prise de prednisone  
 inhalateur  
 bronchite  
 3 épisodes au cours des 24 derniers mois

- tuberculose  
 fibrose pulmonaire  
 utilisation d'oxygène à domicile  
 autre : \_\_\_\_\_

**Affection cardiovasculaire** NON  OUI

↳ cochez toutes les cases applicables

- cardiomyopathie  
 douleur thoracique ou angine  
 ordonnance ou prise de nitroglycérine sous toutes ses formes (vaporisateur, timbre ou comprimé)  
 crise cardiaque  
 ↳ Combien en avez-vous eue?  
 1  2  3+
- chirurgie cardiaque

- ↳ Quel type de chirurgie?  
 angioplastie par ballonnet  
 angioplastie et pose d'une endoprothèse (stent)  
 pontage coronarien  
 ↳ Combien d'artères ont été greffées?  
 1  2  3  4
- 3 pontages coronariens ou plus  
 problème de valvule cardiaque  
 chirurgie des valvules cardiaques  
 valvuloplastie par ballonnet  
 valvuloplastie et pose d'une endoprothèse (stent)

- prothèse valvulaire  
 rythme cardiaque irrégulier (arythmie, bradycardie, tachycardie, fibrillation auriculaire, palpitations ou tout rythme cardiaque irrégulier)  
 prise de médicament  
 stimulateur cardiaque  
 défibrillateur externe  
 défibrillateur interne  
 ablation  
 souffle cardiaque  
 insuffisance cardiaque congestive  
 coronaropathie  
 autre : \_\_\_\_\_

**Accident vasculaire cérébral / AIT** NON  OUI

↳ cochez toutes les cases applicables

- accident vasculaire cérébral (AVC)  
 ↳ Combien en avez-vous eu?  
 1  2  3+

- besoin d'aide avec les activités de la vie quotidienne  
 accident ischémique transitoire (AIT) ou mini-accident  
 ↳ Combien en avez-vous eu?  
 1  2  3+
- endartériectomie (chirurgie sur vos artères carotides)

- anticoagulant prescrit (la warfarine et le Coumadin, par exemple)  
 avant un accident vasculaire cérébral  
 après un accident vasculaire cérébral  
 autre : \_\_\_\_\_

**Troubles musculo-squelettiques** NON  OUI

↳ cochez toutes les cases applicables

- arthrite

- arthrite rhumatoïde  
 ostéoporose, ostéopénie  
 discopathie dégénérative (DD)  
 fibromyalgie  
 disque hernié, sténose du canal vertébral

- sciatique  
 scoliose  
 spondylose  
 autre : \_\_\_\_\_

Passez à la page suivante pour nous faire part de vos symptômes, examens et traitements. ►

Nom du proposant (en caractères d'imprimerie)

Date

**Affection de l'estomac ou de l'appareil digestif (intestin ou côlon) (y compris vésicule biliaire, hernie, gorge et foie)** NON  OUI

➔ cochez toutes les cases applicables

**Vésicule biliaire**

- trouble de la vésicule biliaire  
 calculs biliaires  
 ablation de la vésicule biliaire

**Intestin ou côlon**

- maladie cœliaque

- maladie intestinale inflammatoire (maladie de Crohn, colite ulcéreuse)  
 diverticulose  
 diverticulite  
 hémorragie intestinale ou rectale pour lesquelles vous n'avez pas reçu de diagnostic (excluant les hémorroïdes)  
 syndrome du côlon irritable

**Estomac**

- pontage gastrique  
 reflux gastroœsophagien pathologique RGO, reflux acide ou brûlures d'estomac  
 gastrite  
 h. pylori

- hernie  
 ➔ réparée?  NON  OUI  
 ulcère  
 ➔ réparé?  NON  OUI

**Foie**

- maladie du foie  
 hépatite  A  B  C  
 cirrhose du foie

**Gorge**

- sclérodémie œsophagienne, dysphagie œsophagienne, incoordination cricopharyngienne ou achalasie

autre : \_\_\_\_\_

**Affection rénale ou condition urinaire** NON  OUI

➔ cochez toutes les cases applicables

- insuffisance rénale

- 2 infections urinaires ou plus au cours des 12 derniers mois  
 protéines dans l'urine  
 kystes rénaux  
 calculs à la vessie ou aux reins

- ➔ Combien de fois avez-vous eu des calculs?  1  2+  
 autre : \_\_\_\_\_

**Cancer** NON  OUI

➔ cochez toutes les cases applicables

## ➔ Région:

- cerveau  sein  os  
 intestin ou côlon  
 lymphome de Hodgkin  
 reins  leucémie  
 foie  poumon

- ovaire / col de l'utérus  
 prostate  vessie  peau  
 estomac  gorge  
 autre : \_\_\_\_\_  
 cancer s'étant propagé à d'autres organes du corps  
 cancer inopérable  
 cancer en rémission  
 cancer éliminé

- cancer en traitement  
 chimiothérapie  
 traitements de radiothérapie  
 traitement hormonal substitutif  
 chirurgie  
 temporisation  
 en attente de traitement  
 traitement refusé  
 autre : \_\_\_\_\_

**Fibromes utérins, kystes ovariens ou trouble de la prostate** NON  OUI

➔ cochez toutes les cases applicables

- fibrome utérin

- ➔ chirurgie pour enlever un fibrome  
 NON  OUI  
 hystérectomie  
 kyste ovarien  
 ➔ chirurgie pour enlever un kyste  
 NON  OUI

- hypertrophie bénigne de  
 prise de médicament pour le traitement de l'HBP  
 chirurgie  
 autre : \_\_\_\_\_

**Affection du système nerveux** NON  OUI

➔ cochez toutes les cases applicables

- anxiété / trouble mental ou nerveux  
 maladie de Parkinson

- syndrome de Guillain-Barré  
 épilepsie ou convulsions  
 maladie d'Alzheimer ou démence  
 vous voyagez seul  NON  OUI  
 vous avez besoin d'aide avec les activités de la vie quotidienne

- migraines  
 autre : \_\_\_\_\_

**Maternité**

Êtes-vous enceinte actuellement?

 NON  OUI

Si oui, à quelle date votre accouchement est-il prévu?

JJ/MM/AAAA

Nom du proposant (en caractères d'imprimerie)

Date

Précisez les antécédents de TOUTES les affections que vous avez cochées aux pages 2 à 4. Nous devons connaître les symptômes que vous avez présentés, les investigations dont vous avez fait l'objet, les traitements que vous avez subis et les ordonnances que vous avez reçues. Annexe une autre page au besoin.

Trouble médical	Médicament	Date de l'ordonnance	Date du dernier changement de posologie	Symptômes, investigation, traitement et date
		JJ/MM/AAAA	JJ/MM/AAAA	
		JJ/MM/AAAA	JJ/MM/AAAA	
		JJ/MM/AAAA	JJ/MM/AAAA	
		JJ/MM/AAAA	JJ/MM/AAAA	
		JJ/MM/AAAA	JJ/MM/AAAA	

## Déclaration

**Vous attestez que :** Les renseignements que vous donnez dans le présent formulaire sont véridiques, complets et exacts.

**Vous comprenez que :**

- Le présent questionnaire et les réponses que vous avez fournies font partie d'un contrat souscrit auprès des Coordinateurs en assurance voyage TIC ltée.
- Si votre état de santé ou toute réponse venait à changer entre la date à laquelle vous avez rempli la proposition et la date de votre départ ou la date d'entrée en vigueur de toute prolongation de la garantie, veuillez communiquer avec TIC avant d'entreprendre votre voyage, afin de bien comprendre les effets d'un changement de votre état de santé sur la protection offerte par la présente police. Le fait d'omettre de communiquer avec TIC pourrait réduire les prestations auxquelles vous avez droit ou encore votre demande de règlement pourrait être refusée.
- La décision relative à la tarification médicale s'applique peu importe le support ou le réseau de ventes par le truchement duquel vous souscrivez une assurance. Si une police est établie à votre nom et n'inclut pas la décision relative à la tarification médicale, elle sera considérée comme frappée de nullité; toute prime versée sera remboursée et aucune demande de règlement ne sera payable.

- TIC recueillera, utilisera ou communiquera vos renseignements personnels uniquement pour vous fournir les produits et services d'assurance demandés et à d'autres fins si vous lui en donnez l'autorisation ou si la loi l'exige.

**Vous reconnaissez que :**

Si vous présentez votre état de santé de manière inexacte dans le présent questionnaire, que vous omettez de communiquer un fait important concernant votre état de santé, ou si l'une de vos réponses est incorrecte ou fautive, votre assurance sera frappée de nullité, vos demandes de règlement ne seront pas considérées et votre prime vous sera remboursée, et ce, même si le défaut de renseignement ou l'inexactitude n'est pas lié à la demande de règlement présentée, et vous aurez la responsabilité exclusive du paiement des frais liés à votre demande de règlement.

Cette garantie est assujettie à des exclusions, conditions et restrictions pouvant limiter le montant du règlement ou exclure tout règlement.

## Autorisation

**Vous autorisez :** Tout organisme ou toute personne possédant un dossier médical à votre sujet ou connaissant votre état de santé à donner à Coordinateurs en assurance voyage TIC ltée ou à ses mandataires autorisés tout renseignement concernant votre santé, vos antécédents médicaux et les traitements que vous avez suivis

**Vous comprenez et acceptez que :**

- Si vous refusez de donner la présente autorisation ou la retirez, votre proposition sera refusée.
- La copie des présentes autorisation et déclaration est aussi valide que l'original.

J'AI LU ET COMPRIS LES RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS FIGURANT DANS L'ÉNONCÉ CI-HAUT  NON  OUI

Vous devez signer et dater le présent questionnaire, faute de quoi il vous sera retourné.

Nom du proposant (en caractères d'imprimerie)

JJ/MM/AAAA

Date

Signature

JJ/MM/AAAA

Date de la signature