



**Ce document illustre le type de questions qui seront posées à la personne à assurer lors d'une entrevue téléphonique.**

- Avez-vous touché au cours des 12 derniers mois des prestations de l'assurance-emploi, des prestations d'invalidité, des prestations d'une commission des accidents du travail, des prestations d'invalidité du RPC ou du RRQ, des prestations de substitution du revenu, congé de maternité/parental, ou toute autre forme d'aide sociale ?
- Avez-vous effectué un vol à titre d'élève-pilote ou piloté un avion, un ultraléger ou un deltaplane au cours des 24 derniers mois, ou avez-vous l'intention de le faire à l'avenir ?
- Au cours des 12 derniers mois, avez-vous voyagé à l'extérieur du Canada ou des États-Unis d'Amérique ou comptez-vous de le faire au cours des 12 prochains mois ?
- Au cours des deux dernières années, avez-vous participé à des activités ou des sports dangereux, notamment les courses d'engins motorisés, la plongée sous-marine à une profondeur de plus de 30 m (100 pi), le parachutisme, le ski héliporté ou le ski hors-piste ou envisagez-vous de le faire ?
- Vous êtes-vous déjà fait refuser une assurance vie, invalidité ou maladies graves ou est-il déjà arrivé qu'une telle assurance fasse l'objet d'une surprime, soit modifiée, ou résiliée ou que son renouvellement ou sa remise en vigueur vous ait été refusé ?
- Avez-vous été reconnu responsable d'un acte criminel au cours des 10 dernières années ou êtes-vous actuellement accusé d'une infraction de ce genre ?
- Au cours des dix dernières années, avez-vous été accusé ou condamné pour des infractions au code de la route, y compris la conduite avec facultés affaiblies, ou votre permis de conduire a-t-il été annulé, suspendu ou êtes-vous actuellement accusé d'une infraction de ce genre ?

**Quand vous répondrez à ces questions, veuillez NE PAS FOURNIR d'information au sujet d'examens génétiques que vous avez faits ou que vous planifiez faire. Un examen génétique est une sorte d'examen médical qui analyse le ADN, l'ARN ou les chromosomes. Veuillez fournir l'information au sujet de tous les autres examens médicaux.**

- Avez-vous des symptômes ou des problèmes de santé pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin ou reçu un traitement ?
- Qui est votre médecin de famille ou votre fournisseur de soins de santé ou clinique habituel ?
- Indiquez le nom du fournisseur de soins de santé qui détient votre plus récent dossier médical, s'il est différent de votre fournisseur de soins de santé ou clinique habituel.
- Indiquez la date de votre dernière consultation avec un médecin ou un fournisseur de soins de santé, quel qu'il soit.
  - Raison pour la consultation ?
  - Nom du fournisseur de soins de santé consulté ?
  - Quel était le résultat de la consultation ?
  - Vous a-t-on recommandé un suivi ou des investigations supplémentaires, ou avez-vous été adressé à un autre professionnel de la santé ?
- Quel est votre taille ?
- Quel est votre poids ?
- Avez-vous perdu 10 livres / 5 kilogrammes ou plus au cours de la dernière année ?
- Au cours des 24 derniers mois, avez-vous fait usage de cigarettes, de cigarettes électroniques, de produits de vapotage, de cigares, de pipes à eau, de noix de bétel, de produits de désaccoutumance au tabac ou de nicotine ou de tabac sous une forme quelconque ?
- Avez-vous fait usage de la marijuana ou du haschisch au cours des 5 dernières années ?
- Consommez-vous des boissons alcooliques ?
- Avez-vous déjà sollicité ou reçu des conseils ou des soins relativement à votre consommation d'alcool, ou consommé abusivement de l'alcool ?
- Avez-vous déjà fait usage de cocaïne, de barbituriques, du crack, ou d'autres stupéfiants, ou avez-vous déjà sollicité ou reçu des conseils ou des soins relativement à l'usage de drogues, sur ordonnance ou non ?
- Vous êtes-vous déjà absenté du travail pour une période de 15 jours consécutifs ou plus en raison d'une blessure ou d'une maladie ?

**Avez-vous déjà eu des indices ou suivi un traitement touchant les affections suivantes :**

- Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), syndrome apparenté au SIDA, maladies liées au SIDA ; ou avez-vous déjà eu des résultats positifs à un test de dépistage des anticorps du virus de l'immunodéficience (VIH) ?
- Maladie ou affection des yeux, des oreilles, du nez ou de la gorge (y compris la perte de l'usage de la parole) ?
- Apnée du sommeil, insomnie chronique ou autre trouble du sommeil ?

- Douleurs thoraciques, crise cardiaque, angine de poitrine, ECG anormal, pouls irrégulier, palpitations, souffle au cœur, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, maladie vasculaire périphérique, ou autre trouble ou maladie du cœur ou du système circulatoire ?
- Accident vasculaire cérébral (AVC), accident ischémique transitoire (AIT), maux de tête, déficience cognitive, trouble de la mémoire, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer, maladie du motoneurone, chorée de Huntington, évanouissements, étourdissements, convulsions, épilepsie, paralysie, sclérose en plaques, faiblesse musculaire, engourdissement ou fourmillement dans les membres ou affection cérébrale ou nerveuse ?
- Toute maladie ou tout trouble des reins, des voies urinaires, de la vessie, de la prostate ou des organes génitaux ou calculs rénaux, ou albumine, sang ou sucre dans l'urine ?
- Angoisse, dépression, nervosité, stress, fatigue, épuisement professionnel, trouble de l'alimentation, autre trouble émotionnel, psychiatrique ou mental, psychose; ou avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?
- Fatigue chronique, syndrome de fatigue chronique, virus d'Epstein-Barr, fibromyalgie ou douleurs chroniques ?
- Cancer, nævus dysplasique, tumeur, kyste, masse, lésion, bosse, nodule, polype ou autre excroissance, tout trouble de la peau ou des glandes lymphatiques, troubles du sang ou autre forme d'affection maligne ?
- Diabète, autre trouble endocrinien, glycémie élevée, affection thyroïdienne, rhumatisme, fièvre rhumatismale, lupus, goutte ou syphilis ?
- Allergies reliées au travail, hypersensibilité ou maladies liées à des facteurs environnementaux ou allergies non saisonnières ?
- Affection des organes reproducteurs ou des seins, y compris bosses, kystes ou autres masses, autre changement physique, clichés mammaires anormaux, ou eu une biopsie ?
- Perte d'un membre ou difformité, hernie ou rupture, thrombose veineuse profonde ou varices ?
- Arthrite, maladie ou trouble des muscles, des os, de la hanche, de la cheville, du genou, du poignet, du coude, de l'épaule, des mains, des pieds ou de toute autre articulation ?
- Troubles du dos, de la colonne vertébrale (y compris la région du cou) ou des disques, y compris tours de reins, entorses ou autres affections ?
- Toute forme d'essoufflement, toux chronique, d'asthme, d'emphysème, de bronchite, de pleurésie, de tuberculose ou toute autre affection de la poitrine ou des poumons ?
- Toute forme d'ulcère gastro-duodéal, d'indigestion, maladie de Crohn, de colite, ou toute autre affection de l'estomac, du côlon, ou des intestins, de la vésicule biliaire, du foie, du pancréas, ou avez-vous obtenu des résultats positifs à un test de dépistage de l'hépatite ou été informé que vous étiez porteur de la maladie ?

#### **Autre que déjà mentionné au cours de cette entrevue téléphonique :**

- Êtes-vous actuellement sous surveillance médicale, en observation, ou suivez-vous un traitement, une thérapie ou des séances de counseling, ou prenez-vous des médicaments ?
- Au cours des dix dernières années, avez-vous : consulté un médecin (autre que pour les examens de routine), chiropraticien, psychologue, physiothérapeute, ostéopathe, homéopathe ou autre praticien de la santé, ou été examiné par l'un d'eux ?
- Au cours des dix dernières années, avez-vous : été en observation, traité dans un hôpital, une clinique ou un autre établissement, ou vous a-t-on conseillé d'y être admis ?
- Au cours des dix dernières années, avez-vous : fait l'objet de radiographies, d'un ECG, d'un tomodensitogramme, d'une IRM, des analyses de sang ou d'urine, un test démontrant un niveau anormal d'APS (antigènes prostatiques spécifiques) ou d'autres tests diagnostiques ?
- Au cours des dix dernières années, avez-vous : subi une intervention chirurgicale, suivi un traitement, un régime particulier, souffert de maladie, affection, anomalie ou blessures ?
- Au cours des dix dernières années, avez-vous : été avisé de subir une épreuve diagnostique, d'être hospitalisé ou de subir une intervention chirurgicale, sans y donner suite ?
- L'un de vos parents naturels ou de vos frères ou sœurs, vivants ou décédés, a-t-il déjà souffert de l'une des maladies suivantes : maladie du cœur, maladie polykystique des reins, hypertension artérielle, accident vasculaire cérébral, diabète, cancer, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, chorée de Huntington, maladie de Parkinson, maladie du motoneurone ou quelque forme de maladie héréditaire ?

#### **Questions réservées aux femmes :**

- Avez-vous déjà fait une fausse couche, ou eu d'autres complications de la grossesse ?
- Êtes-vous enceinte ?



**Assurances**