



# L'EMPIRE, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE

## DÉCLARATION TENANT LIEU D'EXAMEN MÉDICAL - ASSURANCE COLLECTIVE

Le proposant doit répondre intégralement à toutes les questions (EN LETTRES MOULÉES)

1. Nom et prénom(s) du proposant			2. (a) Employeur		
			(b) Occupation		
3. Date de naissance	4. Taille	5. Poids	6. Changement de poids depuis un an?		7. Sexe
JOUR MOIS ANNÉE	pi/cm po	lb/kg	lb/kg de plus/de moins		
8. Antécédents médicaux: (Si on répond "oui", donner des précisions, notamment le diagnostic, les dates, la durée, les noms et adresses des médecins traitants et établissements médicaux.)			Oui	Non	Précisions sur les réponses affirmatives (Identifier la question par son numéro.)
(a) Avez-vous déjà souffert des affections suivantes, ou vous a-t-on déjà traité à ce sujet: troubles cardiaques, hypertension, diabète, cancer, tumeurs, troubles rénaux, ulcères, troubles du dos, troubles du système nerveux ou respiratoire? (Encercler ce qui s'applique.)					
(b) Avez-vous déjà souffert de quelque autre trouble physique ou mental non mentionné ci-dessus?					
(c) Au cours des cinq dernières années, avez-vous été absent du travail pour 15 jours consécutifs ou plus pour cause de maladie ou de blessure?					
(d) Avez-vous déjà touché des prestations pour invalidité ou une rente?					
(e) Avez-vous déjà fait usage: de cocaïne, d'héroïne, d'amphétamines, de narcotiques, de barbituriques, de LSD, de marijuana, de haschich, de tranquillisants ou d'autres substances semblables?					
(f) Consommez-vous actuellement de l'alcool? Si oui, préciser le genre, la quantité et la fréquence?					
(g) Votre usage actuel d'alcool est-il moindre que par le passé?					
(h) Avez-vous demandé des conseils, subi un traitement, ou joint un organisme en raison de votre usage d'alcool, ou avez-vous déjà eu une condamnation pour conduite en état d'ébriété?					
9. Avez-vous effectué des vols en qualité de pilote au cours des deux dernières années (donner le nombre de vol) ou pris part à un sport dangereux? (parachutisme, course automobile ou de motocyclette, plongée sous-marine, etc.)					
10. Avez-vous déjà demandé de l'assurance vie, maladie ou accident qui a été refusée ou accordée moyennant une majoration ou modification quelconque?					
11. Avez-vous déjà été traité pour ce qui suit, subi des examens ou présenté des symptômes s'y rapportant: anomalies du système immunitaire, y compris le SIDA (syndrome d'immuno-déficience acquise), les affections liées au SIDA (ARS) ou d'autres infections inexplicées?					
12. Faites-vous actuellement usage de produits du tabac, de marijuana ou de produits de la nicotine, ou l'avez-vous fait au cours des 12 derniers mois?					

13. (a) Nom et adresse de votre médecin personnel .....

(b) Quand et pourquoi l'avez-vous consulté la dernière fois? .....

Oui Non                      Oui Non                      Oui Non

(c) Traitement   Médicaments   Orientation vers un spécialiste?

Si oui, donnez des détails .....

Je déclare par la présentes que les réponses et déclarations ci-dessus sont complètes et véridiques, et je conviens qu'elles sont essentielles et font partie intégrante de la proposition et de la contrepartie relatives à l'assurance demandée; j'autorise tout médecin, tout praticien, tout hôpital, toute clinique, le Bureau des renseignements médicaux ou tout autre établissement médical ou paramédical, toute compagnie d'assurance ou tout autre organisme, toute personne morale ou physique qui me connaît, connaît mon état de santé ou a des dossiers à ce sujet, à donner à l'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie, tout renseignement se rapportant à ma santé, à mes antécédents médicaux et à toute hospitalisation, tout avis, tout diagnostic, tout traitement, toute maladie, toute affection ou tout état. Une photocopie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

Fait à ....., le ..... jour d ..... 20 .....

Témoïn ..... Proposant .....