

# QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL SUR LES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

## PERSONNE À ASSURER

Nom \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_ Initiale \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_ JJ/MMM/AAAA  Homme  Femme Taille \_\_\_\_\_  pi/po  cm Poids \_\_\_\_\_  lb  kg Fumeur  Oui  Non

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

1. Laquelle ou lesquelles des affections suivantes vous ont été diagnostiquées?

- |   |  |  |   |  |
|---|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anxiété                    | <input type="checkbox"/> Dysthymie                       | <input type="checkbox"/> Crise de panique                  | <input type="checkbox"/> Trouble de stress                  | <input type="checkbox"/> Dépression  |
| <input type="checkbox"/> Trouble bipolaire          | <input type="checkbox"/> Épuisement professionnel        | <input type="checkbox"/> Schizophrénie                     | <input type="checkbox"/> Trouble maniaco-dépressif          | <input type="checkbox"/> Dépression majeure  |
| <input type="checkbox"/> Trouble d'adaptation       | <input type="checkbox"/> Troubles affectifs saisonniers  | <input type="checkbox"/> Fatigue chronique                 | <input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention | <input type="checkbox"/> Phobie  |
| <input type="checkbox"/> Psychose ou hallucinations | <input type="checkbox"/> État de stress post-traumatique | <input type="checkbox"/> Problème de maîtrise de la colère | <input type="checkbox"/> Trouble d'anxiété généralisée      | <input type="checkbox"/> Trouble de l'alimentation y compris l'anorexie mentale ou la boulimie |
- Autre \_\_\_\_\_

2. À quand remonte votre première consultation médicale pour cette ou ces affections? \_\_\_\_\_

3. À quelle fréquence consultez-vous votre médecin en raison de cette ou ces affections? \_\_\_\_\_ par semaine \_\_\_\_\_ par mois  
Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

4. Symptômes :

- a. Date de leur première apparition \_\_\_\_\_  
MMM/AAAA
- b. Quels types de symptômes avez-vous présentés? \_\_\_\_\_
- c. À quelle fréquence les symptômes se manifestent-ils? \_\_\_\_\_
- d. Date de leur dernière apparition \_\_\_\_\_
- e. Y a-t-il des facteurs ou des circonstances précises qui déclenchent les symptômes?  Oui  Non  
Si oui, veuillez préciser \_\_\_\_\_

5. Précisez votre traitement, y compris le nom des médicaments et leur posologie

- a. Traitement actuel \_\_\_\_\_
- b. Traitement antérieur \_\_\_\_\_
- c. Prenez-vous vos médicaments tous les jours?  Oui  Non  
Si non, pourquoi? \_\_\_\_\_
- d. Quand a-t-on modifié vos médicaments la dernière fois? \_\_\_\_\_
- i. Qu'a-t-on modifié? (A-t-on augmenté ou réduit la dose, prescrit de nouveaux médicaments, etc.?) \_\_\_\_\_
- ii. Quelle était la raison de ces modifications? \_\_\_\_\_
- e. Cochez, parmi les choix suivants, celui qui s'applique à votre affection depuis le début des traitements :  
 Grande amélioration  Légère amélioration  Peu d'amélioration  
 Autre (précisez) : \_\_\_\_\_
- f. Avez-vous déjà eu recours à une thérapie électroconvulsive (TEC) [c.-à-d. une thérapie de choc]?  Oui  Non  
Si oui, veuillez fournir les dates et les détails \_\_\_\_\_

6. Avez-vous déjà été adressé à un autre médecin ou été traité à l'urgence comme patient externe pour l'une des affections énumérées à la question 1?  Oui  Non  
Si oui, veuillez fournir tous les détails y compris les dates, le nom et l'adresse des médecins et le nom de l'hôpital ou de l'établissement \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (SUITE)

7. Avez-vous déjà été hospitalisé dans un hôpital ou un autre établissement pour l'une des affections énumérées à la question 1?  Oui  Non  
Si oui, veuillez fournir tous les détails y compris les dates, le nom et l'adresse des médecins et le nom de l'hôpital ou de l'établissement \_\_\_\_\_
8. Avez-vous déjà dû vous absenter du travail en raison de votre affection?  Oui  Non  
Si oui, indiquez les dates et la durée de chaque absence \_\_\_\_\_
9. Vos activités professionnelles ou quotidiennes ont-elles fait l'objet de restrictions ou de modifications en raison de cette affection?  Oui  Non  
Si oui, veuillez fournir tous les détails \_\_\_\_\_
10. Avez-vous déjà eu des pensées suicidaires ou fait une tentative de suicide?  Oui  Non  
Si oui, veuillez fournir tous les détails y compris la date de la tentative et le traitement qui a suivi, s'il y a lieu : \_\_\_\_\_
11. Avez-vous déjà consommé des drogues non prescrites par un médecin telles que la marijuana ou le haschisch, les narcotiques (opiacés), la cocaïne, les stéroïdes anabolisants, les amphétamines ou les hallucinogènes?  Oui  Non  
Si oui, nom de la substance \_\_\_\_\_ Quantité habituelle consommée \_\_\_\_\_  
Fréquence de consommation : \_\_\_\_\_ par jour \_\_\_\_\_ par semaine \_\_\_\_\_ par mois  
Durée de la consommation : Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
MMM/AAAA MMM/AAAA
12. a) Consommez-vous des boissons alcoolisées?  Oui  Non  
Si oui, nombre de consommations : \_\_\_\_\_ par jour \_\_\_\_\_ par semaine \_\_\_\_\_ par mois  
Si non, date de la dernière consommation \_\_\_\_\_  
MMM/AAAA
- b) Avez-vous déjà consommé plus d'alcool que vous ne le faites actuellement?  Oui  Non  
Si oui, durant combien de temps? \_\_\_\_\_ Nombre de consommations : \_\_\_\_\_ par jour \_\_\_\_\_ par semaine \_\_\_\_\_ par mois
13. Quel est le nom et l'adresse du médecin qui a une copie de tous vos antécédents médicaux?
- Nom \_\_\_\_\_  
Prénom Initiale Nom de famille
- Adresse \_\_\_\_\_  
N° et rue Ville Province Code postal

## DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ ET AUTORISATION

### Déclaration de confidentialité de Co-operators Compagnie d'assurance-vie

Co-operators Compagnie d'assurance-vie s'engage à protéger la vie privée de ses clients, ainsi que la confidentialité, l'exactitude et la sécurité des renseignements personnels recueillis, utilisés, conservés et divulgués dans le cadre de ses affaires.

Co-operators reconnaît et respecte le droit à la vie privée. Lorsque vous adhérez à une assurance ou que vous présentez une demande de règlement, nous établissons un dossier confidentiel, puis nous recueillons, utilisons et divulguons des renseignements personnels à votre sujet pour établir, administrer, traiter et gérer votre assurance. Vous pouvez accéder à vos renseignements personnels et les corriger, au besoin, en nous transmettant une demande par écrit.

Seuls les membres de notre personnel et d'autres personnes autorisées ont accès à vos renseignements personnels afin d'exécuter leurs fonctions. Nos systèmes et procédures sont conçus pour prévenir la perte, l'utilisation inappropriée ou non autorisée, la divulgation, la modification ou la destruction de vos renseignements. Notre engagement à l'égard de la sécurité s'applique également aux contrats et aux ententes que nous signons avec nos fournisseurs et prestataires de services externes. Nous pouvons conserver et utiliser vos renseignements personnels au Canada, aux États-Unis et dans d'autres pays à des fins de traitement, de stockage, d'analyse ou de reprise des activités après sinistre. De plus, ceux-ci peuvent être divulgués, dans le cadre d'une ordonnance légale et en vertu des lois applicables, à un gouvernement, à un tribunal, ainsi qu'à un organisme de réglementation et d'application de la loi. Pour plus de détails quant à notre politique sur la vie privée, visitez le [www.cooperators.ca](http://www.cooperators.ca). Pour toute question sur le sujet ou sur la collecte, l'utilisation et la divulgation de vos renseignements personnels, communiquez avec le chef de la Protection de la vie privée de Co-operators aux coordonnées suivantes : Priory Square, Guelph (Ontario) N1H 6P8. Téléphone : 1-888-887-7773. Courriel : [privacy@cooperators.ca](mailto:privacy@cooperators.ca) (veuillez préciser quelle compagnie de Co-operators est concernée par votre demande).

Si vous refusez l'utilisation ou la divulgation de vos renseignements personnels dans le cadre de votre demande d'adhésion et de la gestion de toute police que nous établissons, nous ne serons pas en mesure de vous offrir le produit d'assurance qui vous intéresse, de gérer votre assurance ou de traiter votre demande de règlement.

Je déclare et certifie que les renseignements fournis sont complets et véridiques, et qu'ils font partie intégrante de ma demande. Il est entendu que les renseignements personnels contenus dans le présent formulaire seront utilisés par Co-operators Compagnie d'assurance-vie à des fins de tarification et pour toute autre utilisation conforme aux lois fédérales et provinciales applicables. Je reconnais également que Co-operators Compagnie d'assurance-vie fonde sa décision sur les renseignements fournis, et qu'elle est en droit d'annuler ma ou mes polices en cas d'une fausse déclaration de ma part.

Signature du proposant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

JJ/MMM/AAAA