

Nom (en caractère d'imprimerie): _____ Téléphone : (____) _____

Section 3 : Médicaments : Prenez-vous actuellement des médicaments? ☐ Oui ☒ Non. Si Oui, veuillez dresser la liste des médicaments (incluant l'oxygène à domicile) que vous prenez actuellement : (Au besoin, joignez une feuille supplémentaire contenant exactement l'information ci-dessous)

Trouble médical	Nom du médicament	Posologie quotidienne	Date de l'ordonnance originale (m/j/a)	Dernière modification de la posologie (m/j/a)
1.				augmentation / diminution (encerclez)
2.				augmentation / diminution (encerclez)
3.				augmentation / diminution (encerclez)

Section 4 : Hospitalisation ou chirurgie : Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi une chirurgie? ☐ Oui ☒ Non. Si Oui, veuillez indiquer toute hospitalisation ou chirurgie

Trouble médical	Chirurgie / Traitement	Date de l'hospitalisation / de la chirurgie (m/a)
1.		
2.		

Section 5 : Autres questions : (joignez une feuille supplémentaire au besoin)

1. Voulez-vous couvrir vos troubles préexistants? ☐ Oui ☒ Non
2. Fumez-vous? ☐ Oui ☒ Non
3. Demeurez-vous actuellement dans une maison de soins infirmiers / de repos? ☐ Oui ☒ Non
4. Quelqu'un vous assiste-t-il dans vos tâches quotidiennes? ☐ Oui ☒ Non Si oui, veuillez donner des détails
5. Vous a-t-on prescrit des tests, examens ou chirurgies qui ne sont pas encore complétés? ☐ Oui ☒ Non Si oui, veuillez donner des détails
6. Au cours des 5 dernières années, avez-vous fait une demande d'assurance médicale voyage qui vous a été refusée? ☐ Oui ☒ Non

Section 6 : Informations sur le médecin :

Nom du médecin : Dr. GUY APRIL Date de la dernière visite (m/j/a) : 06/93 Initiales / sceau du médecin si le questionnaire est rempli par un médecin
 N° de téléphone du médecin : 418-688-8414
 Motif et résultat de la visite : AMVGDALITE

Section 7 : Informations sur le courtier :

Nom du courtier vendant la police : _____ N° de courtier : _____
 N° de téléphone : () _____ N° de télécopieur : _____ Courriel : _____
 Nom de l'AGG : _____ N° de l'AGG : _____ Courriel : _____

Section 8 : Déclaration :

Je déclare être en bonne santé et qu'à ma connaissance les renseignements fournis ci-dessus sont exacts et complets. Il est entendu que le formulaire de demande d'assurance ainsi que la lettre de confirmation font partie intégrante du contrat d'assurance maladie voyage d'urgence offert par l'entremise de la Compagnie de services d'assurance santé Trent. Il est entendu que si l'on découvre lors d'une demande de règlement qu'une réponse à une question de ce questionnaire médical n'est pas véridique, exacte et complète, la demande de règlement ne sera pas payée. En outre, ma police sera nulle et sans effet et toute prime payée sera remboursée. Advenant toute modification à mon état de santé ou à mes médicaments entre la date à laquelle la demande d'assurance est remplie et toute date de départ ou date d'effet de l'assurance complémentaire/prolongation, j'aviserai immédiatement mon représentant d'assurance. Sinon, tout changement important de mon état de santé ou de mes médicaments qui pourrait modifier la décision de souscription risque de causer un changement de ma protection ou de rendre la protection nulle et sans effet.

Il est entendu que la Souveraine, Compagnie D'Assurance Générale (« la Compagnie ») ne consultera pas les renseignements de nature médicale divulgués dans des questionnaires médicaux antérieurs ou systèmes de souscription fournis à la Compagnie ou à ses agents ou courtiers. En outre, elle ne fondera pas sa décision sur ces renseignements. Il est entendu que la Compagnie se servira uniquement des renseignements fournis dans la présente demande d'assurance et je déclare avoir rempli ce Questionnaire médical de façon véridique, exacte et complète. Il est également entendu que tout renseignement médical divulgué avant la date à laquelle j'ai rempli ce questionnaire ne fera pas partie du Contrat d'assurance maladie voyage d'urgence.

Par les présentes, j'autorise tout établissement médical, compagnie d'assurances, organisme ou personne ayant des dossiers ou des connaissances sur mon état de santé ou sur celui des membres de ma famille, à divulguer à la Compagnie de services d'assurance santé Trent ou à ses représentants autorisés, toute information relative à ma santé, mes antécédents médicaux et mes traitements. Une photocopie de cette autorisation aura la même valeur que l'originale.

Signature du demandeur



Date (m/j/a) : _____