

Questionnaire complémentaire
à la proposition
Assurance individuelle
AVENANT ASSURANCE DETTE

| |
|------------------------------|
| Nom de l'assuré(e) |
| Prénom |
| N° de proposition ou contrat |

1. Protection demandée :

a) Montant : _____ \$/mois

(min. 300 \$, max. 1,5 % du montant d'assurance vie demandé sans excéder 3 500 \$)

b) Option de protection :

2 ans 5 ans jusqu'à 65 ans

c) Tableau des prêts à assurer :

| PRÊT À ASSURER | SOLDE | MENSUALITÉ | PRÊT DÉJÀ ASSURÉ | | REMPLENER | | NOM DE L'ASSUREUR |
|------------------------------|-------|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|
| | | | OUI | NON | OUI | NON | |
| Prêt hypothécaire | \$ | \$ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Marge de crédit hypothécaire | \$ | \$ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Marge de crédit personnelle | \$ | \$ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Prêt personnel | \$ | \$ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Prêt véhicule motorisé | \$ | \$ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Prêt étudiant | \$ | \$ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Prêt commercial | \$ | \$ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Bail | \$ | \$ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | \$ | \$ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | \$ | \$ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

2. Quel est votre statut actuel? Employé salarié Travailleur autonome Personne au foyer Congé parental

3. Quel emploi occupez-vous? _____

4. Quel est votre revenu annuel brut? _____ \$

5. Nom et adresse de votre employeur ou de votre entreprise :

Nom _____

Adresse _____ Ville _____ Code postal _____

6. Nature de l'entreprise (secteur d'activité) : _____

7. Si vous êtes un travailleur autonome, quel est le pourcentage de vos parts dans l'entreprise? _____ %

8. Nombre d'années chez votre employeur ou à votre compte : _____ an(s)

9. Nombre d'heures de travail par semaine : _____ heure(s)

10. Nombre de semaines de travail par année : _____ semaine(s)

11. Nombre d'années dans une entreprise similaire : _____ an(s)

12. Décrivez sommairement vos tâches : _____

13. Quel pourcentage de votre travail est considéré comme manuel? _____ %

14. Travaillez-vous à domicile? Oui Non

Si oui, confirmez le nombre d'heures travaillées à domicile par semaine : _____ heure(s)

15. Avez-vous de l'assurance salaire avec votre employeur? Oui Non

Si oui, nom de la compagnie d'assurance : _____

_____ % du salaire En vigueur À l'étude

Page 12, section D, **question 1 i)** doit se lire :

Avez-vous déjà reçu des soins, consulté, été diagnostiqué ou eu des symptômes relatifs aux troubles suivants : (encerclez s'il y a lieu)

Troubles des muscles, des os, des articulations, du dos ou du cou, des ligaments, entorse, tendinite, synovite, fracture, rhumatisme, arthrite, goutte, ostéoporose, arthrose, fibromyalgie, syndrome de douleurs chroniques, amputation, discopathie dégénérative, myasthénie grave, syndrome post-polio ou autres troubles musculosquelettiques? Oui Non

Pour toutes réponses affirmatives, SVP bien vouloir compléter le tableau suivant :

| Date | Raison | Détails : tests, résultats, traitement, durée, date de rétablissement, séquelle, nom du médecin et hôpitaux consultés |
|------|--------|---|
| | | |
| | | |
| | | |

Page 12, section D, **question 8** (femme seulement)

a) Avez-vous déjà souffert de complications durant une grossesse (actuelle ou passée)? Oui Non Non applicable

Dans l'affirmative, donnez les détails :

b) Êtes-vous présentement enceinte? Oui Non

Dans l'affirmative :

1. Date prévue de l'accouchement : _____

2. Nom du médecin traitant ou de votre travailleur de la santé : _____

Adresse : _____

3. Quel était votre poids avant la grossesse? _____ lbs _____ kg

Signé à _____ Prov. _____ ce _____^e jour de _____ 20 _____

X _____
Signature de la personne à assurer

X _____
Signature du propriétaire (si compagnie ou société, signataire autorisé)

X _____
Signature du conseiller/témoin

X _____
Nom du conseiller/témoin
(en lettres moulées)