



Immédiate

Répondre à ce questionnaire pour toute demande d'assurance vie temporaire qui respecte les conditions suivantes :

Le montant d'assurance demandé est de :

- ▶ 150 001 \$ à 499 999 \$ de 18 à 45 ans
- ▶ 150 001 \$ à 350 000 \$ de 46 à 55 ans
- ▶ 150 001 \$ à 250 000 \$ de 56 à 65 ans

L'assuré est âgé de :

- ▶ 18 à 65 ans | T-10, T-15 et T-20
- ▶ 18 à 60 ans | T-25
- ▶ 18 à 55 ans | T-30

- ▶ Si la protection de base est une assurance vie permanente de 150 000 \$ ou moins, le montant total d'assurance incluant l'avenant temporaire ne doit pas dépasser les seuils maximaux de l'Immédiate ci-haut mentionnés.



Si vous avez répondu **NON** à **TOUTES** les questions des **sections B et C**, vous êtes admissible à l'Immédiate. Si vous avez répondu **OUI**

- ▶ à la **question 1** de la **section B**, vous êtes admissible et le taux fumeur s'appliquera au contrat.
- ▶ aux **questions 7-A, 7-B** ou **7-C** de la **section B**, vous devez répondre **NON** aux sous-questions pour être admissible.
- ▶ à la **question 9** de la **section B**, vous devez répondre **NON** aux sous-questions pour être admissible.



Si vous avez répondu **OUI** aux **questions 16 et 17** de la **section C**, les sous-questions détermineront si vous êtes admissible à une prime ajustée. Si vous avez répondu **OUI** à la **question 22-A** de la **section C**, les sous-questions détermineront si vous êtes admissible à la prime standard. Pour avoir une décision immédiate, veuillez utiliser le questionnaire dans la proposition électronique Mon Univers. Consultez le document : [Les Secrets de l'Immédiate](#)



Une protection de base et un avenant temporaire peuvent être demandés avec le questionnaire Immédiate en respectant les seuils ci-haut mentionnés. Si la protection de base est une assurance permanente, celle-ci doit être de 150 000 \$ ou moins. Toute demande d'assurance vie permanente de 150 001 \$ et plus sera soumise à une tarification régulière.



Si vous avez répondu **OUI** à toute autre question, vous n'êtes **PAS** admissible à l'Immédiate.

Si votre demande ne correspond pas aux critères ci-haut mentionnés, veuillez vous référer aux deux autres questionnaires d'émission simplifiée :

[Questionnaire Express pour enfant](#)
 15 jours à 15 ans | 10 000 \$ à 150 000 \$

[Questionnaire Express](#)
 16 à 80 ans | 10 000 \$ à 150 000 \$

Pour tout autre montant d'assurance, veuillez vous référer aux exigences de la tarification régulière :

Important : Remplir en caractères d'imprimerie et répondre à chacune des sections avec le plus de précision possible.

Section A – Information sur l'assuré(e)

1. N° de proposition _____
2. Prénom _____ Nom _____
3. Date de naissance

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Section B – Assurance vie – Express

	Oui	Non
1. Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous fait usage de cigarettes, cigarillos, cigarettes électroniques (avec ou sans nicotine), petits cigares, pipe, tabac à mâcher, shisha, noix de bétel, timbres nicotiniques, produits de désaccoutumance du tabac ou tabac sous n'importe quelle autre forme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Êtes-vous hospitalisé ou résidez-vous présentement dans une maison ou un centre de soins infirmiers pour personnes en perte d'autonomie ou vous déplacez-vous en fauteuil roulant ou avez-vous besoin d'aide ou d'assistance pour faire deux ou plusieurs des activités de la vie quotidienne qui sont les suivantes: se laver, se vêtir, se servir des toilettes, être continent, se mouvoir, se nourrir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avez-vous déjà reçu des soins, consulté ou été diagnostiqué du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), une affection reliée au SIDA ou avez-vous subi une investigation indiquant la présence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou d'anticorps au VIH ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Au cours des soixante (60) derniers jours :		
a) Avez-vous été hospitalisé (excluant les hospitalisations reliées à la grossesse) ou avez-vous subi une chirurgie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Vous a-t-on informé de résultats anormaux à des tests quels qu'ils soient ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Un professionnel de la santé vous a-t-il conseillé de passer un test quel qu'il soit, une investigation médicale ou de subir une chirurgie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Avez-vous des symptômes ou avez-vous reçu des résultats anormaux pour lesquels :		
a) Vous n'avez pas encore consulté de professionnel de la santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Vous êtes présentement en investigation ou en attente d'un diagnostic ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Un professionnel de la santé vous a conseillé de subir un test quel qu'il soit et/ou une chirurgie qui n'auraient pas encore été faits ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Un médecin ou un médecin spécialiste vous a recommandé d'avoir des suivis médicaux plus rapprochés qu'à l'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Au cours des dix (10) dernières années, avez-vous consulté, reçu des soins, été traité, été diagnostiqué, eu des symptômes ou êtes-vous présentement sous traitement pour les troubles suivants :		
a) Un cancer avec métastase(s) et/ou ganglion(s) atteint(s), deux (2) types de cancer différents ou une récurrence d'un cancer (excluant un carcinome basocellulaire) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) La fibrose kystique ou une maladie respiratoire chronique qui requiert l'administration quotidienne d'oxygène (excluant l'apnée du sommeil), une maladie rénale chronique ou la maladie polykystique des reins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) La démence, la maladie d'Alzheimer, la dystrophie musculaire, la chorée de Huntington, la sclérose latérale amyotrophique (SLA) ou la maladie de Parkinson ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Une insuffisance cardiaque chronique, une cardiomyopathie ou un remplacement de valve cardiaque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Avez-vous été sur une liste d'attente de dons d'organes ou de moelle osseuse ou avez-vous reçu un don d'organe ou de moelle osseuse (excluant les greffes cornéennes) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Oui	Non
7. Avez-vous déjà consulté, reçu des soins, été traité, été diagnostiqué ou eu des symptômes pour les troubles suivants :		
a) Un accident vasculaire cérébral (AVC), un accident ischémique transitoire (AIT), un anévrisme ou une maladie coronarienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, répondre aux questions i et ii		
i. Avant l'âge de 40 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii. Au cours des trois (3) dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Un pontage coronarien, une angioplastie, une maladie rénale chronique, l'insertion d'un tuteur (stent), d'un stimulateur cardiaque (pacemaker) ou d'un défibrillateur implantable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, répondre aux questions i et ii		
i. Avant l'âge de 40 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii. Au cours des trois (3) dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Une angine de poitrine ou une crise cardiaque (infarctus du myocarde) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, répondre aux questions i et ii		
i. Avant l'âge de 40 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii. Au cours des trois (3) dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous consulté, reçu des soins, été traité, été diagnostiqué, eu des symptômes ou êtes-vous présentement sous traitement pour les troubles suivants :		
a) Une maladie du foie chronique (incluant, mais ne se limitant pas, à une cirrhose, une fibrose, une hépatite B ou C) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Une maladie artérielle périphérique ou une maladie vasculaire périphérique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Une leucémie, un lymphome de tout type, un cancer du sein, des ovaires, du col de l'utérus, du poumon, colorectal ou un mélanome malin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Souffrez-vous de diabète qui exige la prise d'insuline ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, répondre aux questions a) et b)		
a) Avez-vous reçu un diagnostic de diabète de n'importe quel type, il y a plus de 20 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Au cours des six (6) derniers mois, votre médication en relation avec le diabète a-t-elle été ajustée ou modifiée (ajout ou remplacement d'un médicament, hausse ou baisse du dosage prescrit) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Au cours des vingt-quatre (24) derniers mois, avez-vous consulté, reçu des soins, été traité, été diagnostiqué, eu des symptômes, ou êtes-vous présentement sous traitement pour un trouble bipolaire, la schizophrénie, une psychose, un trouble de personnalité limite (borderline) ou avez-vous fait une tentative de suicide ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Au cours des douze (12) derniers mois, en excluant une diète intentionnelle, un changement de style de vie, une chirurgie bariatrique ou une grossesse, votre poids a-t-il diminué de 10 % ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Au cours des six (6) derniers mois, avez-vous subi une chirurgie bariatrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Au cours des douze (12) prochains mois, prévoyez-vous voyager à l'extérieur de l'Amérique du Nord, des Caraïbes (excluant Haïti), du Royaume-Uni ou de l'Union européenne pour un total de plus de douze (12) semaines ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Au cours des trois (3) dernières années, avez-vous été reconnu coupable d'une infraction criminelle ou d'un acte criminel (incluant la conduite avec facultés affaiblies), ou des accusations d'infraction criminelle ou d'acte criminel (incluant la conduite avec facultés affaiblies) ont-elles été portées contre vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Au cours des vingt-quatre (24) derniers mois :		
a) Avez-vous fait usage de barbituriques, narcotiques ou opioïdes non prescrits par un professionnel de la santé, héroïne, cocaïne, amphétamines, hallucinogènes, stéroïdes ou autres drogues illégales ou narcotiques analogues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Un professionnel de la santé vous a-t-il conseillé de diminuer votre consommation de drogues quelle qu'elle soit (incluant le cannabis) et/ou d'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Avez-vous séjourné dans une résidence pour le traitement de l'abus de drogues et/ou d'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Section C – Assurance vie – Immédiate

16. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous consulté, reçu des soins, été traité, été diagnostiqué ou eu des symptômes pour les troubles suivants ?

a)

	Angine de poitrine		Crise cardiaque (infarctus du myocarde)	
	Oui	Non	Oui	Non
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, répondez à ces questions :				
À quand remonte le dernier épisode ?	<input type="checkbox"/> 0 - 3 ans		<input type="checkbox"/> 0 - 3 ans	
	<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans		<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans	
	Oui	Non	Oui	Non
Avez-vous eu plus d'un épisode ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous de diabète ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b)

	Accident vasculaire cérébral (AVC)		Accident ischémique transitoire (AIT)		Anévrisme		Maladie coronarienne	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, répondez à ces questions :								
À quand remonte le dernier épisode ?	<input type="checkbox"/> 0 - 3 ans		<input type="checkbox"/> 0 - 3 ans		<input type="checkbox"/> 0 - 3 ans		<input type="checkbox"/> 0 - 3 ans	
	<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans		<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans		<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans		<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Avez-vous eu plus d'un épisode ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous de diabète ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c)

	Pontage coronarien		Angioplastie		Insertion d'un tuteur (stent)	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, répondez à ces questions :						
À quand remonte la dernière intervention ?	<input type="checkbox"/> 0 - 3 ans		<input type="checkbox"/> 0 - 3 ans		<input type="checkbox"/> 0 - 3 ans	
	<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans		<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans		<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans	
Combien de vaisseaux ont été touchés ?	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 1	
	<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 2	
	<input type="checkbox"/> 3 ou plus		<input type="checkbox"/> 3 ou plus		<input type="checkbox"/> 3 ou plus	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Avez-vous reçu un pacemaker en raison d'un pontage coronarien, angioplastie, insertion d'un tuteur (stent), ou maladie coronarienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous de diabète ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d)	Stimulateur cardiaque (pacemaker) ou défibrillateur implantable	
	Oui	Non
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, répondre à ces questions :		
À quand remonte la dernière intervention ?	<input type="checkbox"/> 0 - 3 ans	
	<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans	
	Oui	Non
Avez-vous reçu un stimulateur cardiaque (pacemaker) ou un défibrillateur implantable en raison d'un pontage coronarien, une angioplastie, l'insertion d'un tuteur (stent) ou une maladie coronarienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Oui	Non
17. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous consulté, reçu des soins, été diagnostiqué, eu des symptômes ou êtes-vous présentement sous traitement pour tout type de cancer (excluant le carcinome basocellulaire) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, répondre aux question a) et b)		
a) S'agissait-il d'un cancer de la thyroïde ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, répondre à ces questions :		
▶ Avez-vous reçu des traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ Avez-vous eu des métastases et/ou un ou des ganglion(s) atteint(s) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) S'agissait-il d'un cancer de la prostate ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, répondre à ces questions :		
▶ Est-ce que le taux d'antigène prostatique spécifique (APS) est revenu à la normale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ Avez-vous reçu des traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ Avez-vous eu des métastases et/ou un ou des ganglion(s) atteint(s) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Si vous avez 30 ans ou moins, avez-vous reçu un diagnostic de diabète (excluant le diabète gestationnel) ou votre médecin vous a-t-il recommandé d'avoir des contrôles réguliers de votre glycémie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Souffrez-vous de diabète associé à l'un des troubles suivants : Une maladie coronarienne (incluant, mais ne se limitant pas, à une angine de poitrine), une crise cardiaque (infarctus du myocarde), un pontage coronarien, une angioplastie, l'insertion d'un tuteur (stent), une maladie vasculaire périphérique, une amputation, une neuropathie, une rétinopathie, un accident vasculaire cérébral (AVC) ou un accident ischémique transitoire (AIT) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Au cours des trois (3) dernières années, avez-vous subi une amputation à la suite d'une maladie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Au cours des trois (3) derniers mois :		
a) Est-ce qu'une nouvelle médication, quelle qu'elle soit, a été ajoutée ou prescrite ou est-ce qu'une médication existante, a été modifiée, retirée ou remplacée (incluant la hausse ou la baisse du dosage prescrit), selon l'avis d'un professionnel de la santé ou avez-vous cessé une médication sans l'avis d'un professionnel de la santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Avez-vous été sous traitement avec anticoagulant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Avez-vous des antécédents familiaux pour les troubles suivants :		
a) Maladie polykystique des reins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, répondre à la question :		
▶ Avez-vous subi une investigation pour cette maladie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, répondre à la question :		
▶ Vous a-t-on diagnostiqué une maladie polykystique des reins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Maladie de Huntington ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Au cours des vingt-quatre (24) derniers mois, votre permis de conduire a-t-il été suspendu ou révoqué, ou au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous commis plus de trois (3) infractions au Code de la route ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Au cours des cinq (5) dernières années :

- a) Avez-vous fait usage de barbituriques, narcotiques ou opioïdes non prescrits par un professionnel de la santé, héroïne, cocaïne, amphétamines, hallucinogènes, stéroïdes ou autres drogues illégales ou narcotiques analogues? Oui Non
- b) Avez-vous séjourné dans une résidence pour le traitement de l'abus de drogues et/ou d'alcool ou été avisé par un professionnel de la santé de diminuer votre consommation de drogue ou d'alcool, incluant le cannabis? Oui Non
- c) Avez-vous été reconnu coupable d'une infraction criminelle ou d'un acte criminel (incluant la conduite avec facultés affaiblies), ou des accusations d'infraction criminelle ou d'acte criminel (incluant la conduite avec facultés affaiblies) ont-elles été portées contre vous? Oui Non

25. Veuillez indiquer votre taille et poids (pi.po/cm, lb/kg)

Taille _____ pi.po cm Poids _____ lb kg

Tableau de constitution pour la question 25 de l'Immédiate (poids minimal/maximal selon la taille)

Taille	Pieds/pouces	4' 8" – 4' 10"	4' 11" – 5' 1"	5' 2" – 5' 4"	5' 5" – 5' 7"	5' 8" – 5' 10"	5' 11" – 6' 1"	6' 2" – 6' 4"	6' 5" – 6' 7"
	Mètres	1,42 – 1,49	1,50 – 1,56	1,57 – 1,64	1,65 – 1,72	1,73 – 1,79	1,80 – 1,87	1,88 – 1,95	1,96 – 2,01
Poids	Livres	79 – 190	87 – 200	94 – 220	104 – 240	115 – 260	125 – 282	136 – 305	147 – 333
	Kg	36 – 86	39 – 91	43 – 100	47 – 109	52 – 118	57 – 128	61 – 138	66 – 151



Si vous demandez seulement une assurance vie et que vous respectez tous les critères énoncés en page 1, vous pouvez soumettre une proposition PDF ou papier disponible sur notre site uvassurance.ca en ajoutant ce questionnaire dûment complété incluant la **Section E**.

Si vous demandez aussi un avenant Assurance dette, veuillez poursuivre au prochain questionnaire.

Répondez à ce questionnaire uniquement si vous demandez un avenant Assurance dette (invalidité – crédit) :



Si vous avez répondu **NON** à **TOUTES** les questions, vous êtes admissible à l'avenant Assurance dette en Immédiate.



Si vous avez répondu **OUI** à l'une des questions suivantes et en fonction des réponses aux sous-questions, l'avenant Assurance dette pourrait être transféré en sélection des risques et nous pourrions vous demander des détails additionnels : **4-A, 4-B, 4-D, 5-A, 6-A, 6-B, 7, 8-A, 8-B et 9-A (s'il s'agit d'une baisse du dosage)**. Trois décisions seront alors possibles : accepté, accepté avec exclusion ou refusé, et ce, après une courte analyse. Pour savoir si une question répondue **OUI** sera transférée en sélection des risques, veuillez utiliser le questionnaire disponible dans la proposition électronique de votre portail Mon Univers.



Si vous avez répondu **OUI** à l'une des questions suivantes, vous n'êtes **PAS** admissible à l'avenant Assurance dette en Immédiate : **1, 2, 3, 4-C, 5-B, 6-C, 6-D, 9-B, 9-C, 10-A, 10-B et 10-C**.

Section D – Avenant Assurance dette

	Oui	Non
1. Travaillez-vous présentement moins de 20 heures par semaine et 9 mois par année ? Pour être admissible à l'Avenant Assurance dette, vous devez être à l'emploi ou travailleur autonome et au travail à temps plein (ou au minimum 20 heures par semaine et 9 mois par année) ou être en congé parental de ce même emploi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pratiquez-vous une profession non admissible ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avez-vous déjà consulté, reçu des soins, été traité, été diagnostiqué, eu des symptômes ou êtes-vous présentement sous traitement pour les troubles suivants : angine de poitrine, crise cardiaque (infarctus du myocarde), accident vasculaire cérébral (AVC), accident ischémique transitoire (AIT), anévrisme, maladie coronarienne, pontage coronarien, angioplastie, insertion d'un tuteur (stent), pacemaker ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous déjà consulté, reçu des soins, été traité, été diagnostiqué, eu des symptômes ou êtes-vous présentement sous traitement pour tout type de cancer (excluant un carcinome basocellulaire) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, répondre aux questions a), b), c) et d)		
a) Date du diagnostic ? <input type="checkbox"/> 0 - 5 ans <input type="checkbox"/> 6 - 10 ans <input type="checkbox"/> plus de 10 ans		
b) Précisez le type de cancer : _____		
c) Avez-vous eu des métastases et/ou ganglion(s) atteint(s), deux types de cancer différents ou une récurrence d'un cancer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Avez-vous reçu des traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Au cours des dix (10) dernières années, avez-vous consulté, reçu des soins, été traité, été diagnostiqué, eu des symptômes ou êtes-vous présentement sous traitement relativement aux troubles suivants :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Anxiété, dépression, trouble d'adaptation, fatigue chronique, angoisse, trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, trouble du choc post-traumatique, épuisement professionnel, trouble de panique, trouble de l'alimentation (incluant mais ne se limitant pas à l'anorexie ou la boulimie) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, répondre à ces questions :		
▶ Combien d'épisodes avez-vous eu ? <input type="checkbox"/> Un (1) seul <input type="checkbox"/> 2 - 3 <input type="checkbox"/> Plus de trois (3)		
▶ Êtes-vous toujours sous traitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si non, répondre à la question :		
▶ Depuis combien de temps avez-vous cessé votre traitement ? <input type="checkbox"/> 0 - 5 ans <input type="checkbox"/> 6 - 10 ans		
b) Schizophrénie, psychose, maladie bipolaire, idées suicidaires ou tentative de suicide ou tous autres troubles nerveux ou psychiatriques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Au cours des sept (7) dernières années, avez-vous consulté, reçu des soins, été traité, été diagnostiqué, eu des symptômes ou êtes-vous présentement sous traitement relativement aux troubles suivants :

a) Troubles dorsaux

	Troubles dorsaux (colonne cervicale, dorsale, lombaire, lombo-sacrée)		Discopathie dégénérative		Entorse		Hernie discale	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, répondez à ces questions :								
Date du diagnostic ?	<input type="checkbox"/> 0 - 1 an		<input type="checkbox"/> 0 - 1 an		<input type="checkbox"/> 0 - 1 an		<input type="checkbox"/> 0 - 1 an	
	<input type="checkbox"/> 2 - 3 ans		<input type="checkbox"/> 2 - 3 ans		<input type="checkbox"/> 2 - 3 ans		<input type="checkbox"/> 2 - 3 ans	
	<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans		<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans		<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans		<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans	
	<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans		<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans		<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans		<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Avez-vous des limitations ou des séquelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une chirurgie a-t-elle été pratiquée ou une chirurgie est-elle recommandée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous présentement sous traitement (incluant mais ne se limitant pas à médication, physiothérapie, massothérapie (autre que pour le bien-être), ostéopathie, chiropractie, kinésithérapie) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Coup de fouet (whiplash)		Fracture		Déplacement de vertèbres		Autres troubles dorsaux Précisez : <input type="text"/>	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, répondez à ces questions :								
Date du diagnostic ?	<input type="checkbox"/> 0 - 1 an		<input type="checkbox"/> 0 - 1 an		<input type="checkbox"/> 0 - 1 an		<input type="checkbox"/> 0 - 1 an	
	<input type="checkbox"/> 2 - 3 ans		<input type="checkbox"/> 2 - 3 ans		<input type="checkbox"/> 2 - 3 ans		<input type="checkbox"/> 2 - 3 ans	
	<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans		<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans		<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans		<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans	
	<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans		<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans		<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans		<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Avez-vous des limitations ou des séquelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une chirurgie a-t-elle été pratiquée ou une chirurgie est-elle recommandée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous présentement sous traitement (incluant mais ne se limitant pas à médication, physiothérapie, massothérapie (autre que pour le bien-être), ostéopathie, chiropractie, kinésithérapie) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Troubles musculosquelettiques

	Troubles des muscles		Troubles des os		Troubles des articulations		Fracture	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Si oui, répondre à ces questions :								
Date du diagnostic ?	<input type="checkbox"/> 0 - 1 an							
	<input type="checkbox"/> 2 - 3 ans		<input type="checkbox"/> 2 - 3 ans		<input type="checkbox"/> 2 - 3 ans		<input type="checkbox"/> 2 - 3 ans	
	<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans		<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans		<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans		<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans	
	<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans		<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans		<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans		<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Avez-vous des limitations ou des séquelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Une chirurgie a-t-elle été pratiquée ou une chirurgie est-elle recommandée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Êtes-vous présentement sous traitement (incluant mais ne se limitant pas à médication, physiothérapie, massothérapie (autre que pour le bien-être), ostéopathie, chiropractie, kinésithérapie) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

	Ligament		Rhumatisme		Arthrite		Ostéo-arthrite	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Si oui, répondre à ces questions :								
Date du diagnostic ?	<input type="checkbox"/> 0 - 1 an							
	<input type="checkbox"/> 2 - 3 ans		<input type="checkbox"/> 2 - 3 ans		<input type="checkbox"/> 2 - 3 ans		<input type="checkbox"/> 2 - 3 ans	
	<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans		<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans		<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans		<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans	
	<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans		<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans		<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans		<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Avez-vous des limitations ou des séquelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Une chirurgie a-t-elle été pratiquée ou une chirurgie est-elle recommandée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

	Goutte		Ostéoporose		Fibromyalgie		Syndrome de douleur chronique	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Si oui, répondre à ces questions :								
Date du diagnostic ?	<input type="checkbox"/> 0 - 1 an							
	<input type="checkbox"/> 2 - 3 ans		<input type="checkbox"/> 2 - 3 ans		<input type="checkbox"/> 2 - 3 ans		<input type="checkbox"/> 2 - 3 ans	
	<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans		<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans		<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans		<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans	
	<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans		<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans		<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans		<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Avez-vous des limitations ou des séquelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Une chirurgie a-t-elle été pratiquée ou une chirurgie est-elle recommandée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Êtes-vous présentement sous traitement (incluant mais ne se limitant pas à médication, physiothérapie, massothérapie (autre que pour le bien-être), ostéopathie, chiropractie, kinésithérapie) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

	Amputation		Myasthénie grave		Syndrome post-polio		Autres troubles musculosquelettiques Précisez :	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, répondre à ces questions :								
Date du diagnostic ?	<input type="checkbox"/> 0 - 1 an		<input type="checkbox"/> 0 - 1 an		<input type="checkbox"/> 0 - 1 an		<input type="checkbox"/> 0 - 1 an	
	<input type="checkbox"/> 2 - 3 ans		<input type="checkbox"/> 2 - 3 ans		<input type="checkbox"/> 2 à 3 ans		<input type="checkbox"/> 2 - 3 ans	
	<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans		<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans		<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans		<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans	
	<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans		<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans		<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans		<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Avez-vous des limitations ou des séquelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une chirurgie a-t-elle été pratiquée ou une chirurgie est-elle recommandée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous présentement sous traitement (incluant mais ne se limitant pas à médication, physiothérapie, massothérapie (autre que pour le bien-être), ostéopathie, chiropractie, kinésithérapie) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Oui Non

6. Au cours des sept (7) dernières années, avez-vous consulté, reçu des soins, été traité, été diagnostiqué, eu des symptômes ou êtes-vous présentement sous traitement relativement aux troubles suivants :

- c)** Diabète de type 1 ou de type 2, colite ulcéreuse, maladie de Crohn, sclérose en plaques, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), épilepsie, paralysie, maladies du motoneurone?
- d)** Maladie de coagulation et/ou prise d'anticoagulant ?

7. Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous reçu un traitement de physiothérapie, massothérapie, ostéopathie, kinésithérapie, chiropractie ou psychothérapie (autre que pour le bien-être) ou consulté un travailleur social ?

Si oui, répondre à la question a)

a) Quelle était la condition ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Troubles des muscles | <input type="checkbox"/> Coup de fouet (<i>whiplash</i>) |
| <input type="checkbox"/> Troubles des os | <input type="checkbox"/> Déplacement de vertèbres |
| <input type="checkbox"/> Troubles des articulations | <input type="checkbox"/> Tous autres troubles musculosquelettiques ou de la colonne vertébrale |
| <input type="checkbox"/> Ligament | <input type="checkbox"/> Stress |
| <input type="checkbox"/> Troubles dorsaux (colonne cervicale, dorsale, lombaire, lombo-sacrée) | <input type="checkbox"/> Anxiété |
| <input type="checkbox"/> Discopathie dégénérative | <input type="checkbox"/> Épuisement professionnel (<i>burnout</i>) |
| <input type="checkbox"/> Entorse | <input type="checkbox"/> Dépression |
| <input type="checkbox"/> Hernie discale | <input type="checkbox"/> Tous autres troubles émotionnels |

8. Avez-vous fait une demande de prestation ou reçu des prestations d'invalidité ou une compensation ou encore demandé un supplément d'aide à la suite de blessure, de maladie ou d'un handicap ?

Si oui, répondre aux questions a) et b)

a) Quand cela a-t-il eu lieu ?

- 0 - 12 mois 13 - 24 mois 25 - 36 mois Plus de 36 mois

b) Durée de l'invalidité ?

- 0 - 30 jours 31 - 90 jours 91 - 120 jours Plus de 120 jours

