

## Questionnaire préliminaire de souscription à l'assurance SecureLife

### DIVERS

Avant de présenter une demande ou ce questionnaire, veuillez consulter les lignes directrices de présélection contenues dans le guide du conseiller à l'adresse ([http://www.securelifequebec.com/fr\\_form.html](http://www.securelifequebec.com/fr_form.html)). Si votre client semble constituer un risque acceptable, dans le cadre de ces lignes directrices, veuillez remplir le court questionnaire qui suit et nous le faire parvenir par télécopieur (514-878-9339) ou par courriel ([info@securelifequebec.com](mailto:info@securelifequebec.com)).

Nom du client (facultatif) : ..... Âge ou date de naissance : .....

Taille : ..... Poids : .....  Homme  Femme Fumeur :  Oui  Non

1. Nature de l'atteinte / de l'affection : (veuillez donner autant de détails que possible) .....  
.....  
.....
2. Nombre d'apparitions : .....
3. Date de la plus récente apparition : .....
4. Spécialistes / médecins consultés (spécialité et fréquence) : .....  
.....
5. Quels examens ont été réalisés et quand? .....
6. En cas d'hospitalisation, quelle fut la nature du traitement et la date? .....
7. Médications actuelles (nom et mg/jour).....
8. Cette affection a-t-elle eu pour résultat une incapacité?  Oui  Non (Si oui, veuillez préciser)  
.....
9. Y a-t-il d'autres antécédents ou une autre affection qui pourrait nuire à votre assurabilité? Si vous avez répondu oui, veuillez résumer ou remplir le questionnaire approprié.  
.....  
.....

Nom du conseiller : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Téléphone du conseiller : \_\_\_\_\_

Date du jour : \_\_\_\_\_