

Section 9 – RENSEIGNEMENTS SUR LES ENFANTS À CHARGE – AVENANT TEMPORAIRE POUR ENFANT

Veillez remplir cette section si vous avez choisi l'avenant temporaire pour enfant.

Les enfants admissibles dont le nom figure ci-après s'entendent des enfants non mariés (a) qui sont vos enfants naturels ou légalement adoptés, « enfant du conjoint » ou « enfant d'une union antérieure » ou les enfants dont vous êtes le tuteur légal désigné, et (b) qui sont âgés d'au moins 15 jours et de moins de 18 ans à la date de la proposition.

Veillez inscrire les enfants admissibles qui se qualifient ci-après :

Nom	Relation avec la personne à assurer (fils, fille, enfant légalement adopté, enfant du conjoint, etc.)	Date de naissance (MM/JJ/AAAA)	Sexe	Taille	Poids
1.			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg
2.			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg
3.			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg
4.			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg

1. Une proposition d'assurance vie visant un enfant pour lequel on demande cette assurance a-t-elle déjà été refusée, reportée ou en a-t-on modifié la prime? Oui Non
-

Si vous avez coché « oui », veuillez fournir ci-dessous le nom de l'enfant, le nom de la compagnie, la date et la raison :

Nom de l'enfant	Nom de la compagnie	Date	Raison
-----------------	---------------------	------	--------

QUESTION DE QUALIFICATION

1. Au cours des **12 derniers mois**, l'un des enfants à charge pour lequel on demande l'assurance a-t-il consulté un professionnel de la santé, subi un examen médical, des tests diagnostiques ou une intervention chirurgicale, ou a-t-il reçu un diagnostic d'un problème de santé énuméré ci-après ou lui a-t-on prescrit des médicaments à cet égard :
- Oui Non
- a. Cancer ou leucémie?
- b. Cardiopathie congénitale ou diabète?
- c. Fibrose kystique, dystrophie musculaire, syndrome de Down ou autres déficiences sur le plan du développement?
- d. Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)?

Si vous avez coché « oui », l'enfant à charge n'est pas admissible à l'assurance.

QUESTION SUPPLÉMENTAIRE

1. Au cours des **2 dernières années**, l'un des enfants à charge pour lequel on demande la couverture a-t-il consulté un professionnel de la santé, subi des tests diagnostiques ou une intervention chirurgicale, ou lui a-t-on prescrit des médicaments pour une maladie ou une blessure quelconque :
-

Si vous avez coché « oui », veuillez fournir des explications ci-dessous.

Nom de l'enfant	Condition médicale	Médicaments et/ou traitement	Date du diagnostic (MM/JJ/AAAA)	Nom et adresse du ou des médecins