

Déclaration de santé – Processus anonyme

Ce document a pour objectif de recueillir, de façon strictement anonyme, certaines informations relatives à votre état de santé et vos habitudes de vie. Cela nous permet d'effectuer des recherches auprès de différents assureurs, selon des conditions médicales précises.

Cette démarche vise à obtenir une meilleure estimation de la tarification réelle et des options d'assurabilité qui pourraient s'appliquer à votre situation. **Elle ne constitue pas une demande d'assurance officielle**, ni un engagement de votre part. Elle est utilisée uniquement à des fins d'analyse et de recherche préliminaire.

Afin de préserver votre anonymat, veuillez ne pas inscrire votre nom ni toute information permettant de vous identifier sur ce document. Plus vos réponses seront complètes et détaillées, plus les assureurs seront en mesure de fournir des réponses précises.

Une fois le document complété, veuillez nous contacter via la page [Contact | Symbiose – Groupe financier.](#)

Nous vous transmettrons un lien sécurisé pour nous faire parvenir le document en toute confidentialité.

Nous vous remercions de votre confiance.

L'équipe de *Groupe Financier Symbiose*



Groupe Financier Symbiose, votre coffre à outil pour bâtir un avenir financier solide.

Coordonnées

📍 924, rue King Est, Sherbrooke (Québec) J1G 1E2

☎ 819-307-1372

📠 819-821-8662

✉ service@gfsymbiose.com

Heures d'ouverture

Lundi au jeudi de 8h30 à 16h30

Vendredi de 8h30 à 15h

Samedi et dimanche : fermé

DEMANDE D'OPINION



Afin de nous permettre de vous fournir une opinion précise et rapide, il est très important que la ou les sections appropriées de ce formulaire soient bien remplies et avec le plus de détails possibles.

Nom du (de la) conseiller (ère) : (S'il y-a lieu)

Produit (Assurance Vie/ Invalidité/ Maladies graves) :

Montant (Optionel) :

Sexe : DDN : Fumeur (euse) ou non :

OPINION MÉDICALE (toute condition médicale au cours des 10 dernières années)

Date de diagnostic et détails de la condition (si arrêt de travail, indiquer date de retour à temps plein) :

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Médicaments depuis quand et pourquoi, dosage et date de l'arrêt de la prise de médication :

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Fréquence des suivis, depuis combien de temps (médecin, psychiatre, psychologue, physio, chiro, etc.) et date d'arrêt, s'il y a lieu :

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Traitements, si autre que médicament, depuis quand et fréquence :

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Antécédents familiaux (père, mère, frères, soeurs)

Lien avec assuré (e)	Condition	Âge au diagnostic	Âge au décès
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

OPINION TRAVAIL

Travail (description) :

Revenu : Nbre h/sem : Nbre sem/année :

OPINION HABITUDES DE VIE

Drogue (quoi, quantité, fréquence, consommation actuelle e passée, thérapie; si oui, quand) :

Alcool (consommation actuelle e passée, thérapie ou AA; si oui, quand) :

Suspension du permis conduire (raison, quand, sentence, a retrouvé son permis depuis quand) :

Dossier de conduite automobile (infraction, points, vitesse, combien dans une zone de combien) :

Dossier criminel (raison, sentence, date de jugement et si pardon demandé) :

OPINION FINANCIÈRE

Faillite ou proposition au consommateur (quand, libéré ou non) :

OPINION SPORTS DANGEREUX

Plongée, parachutisme, course automobile, course moto, saut de *bungee* et autres :

Fréquence, depuis quand, profondeur, certification, rémunéré ou non, vitesse, etc. :

AUTRES PRÉCISIONS