PROCESSUS ANONYME

Déclaration de santé

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

1. Veuillez nous contacter via la page Contact de notre site : **gfsymbiose.com/contact.html**
2. 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 outils pour bâtir un avenir financier solide.

COORDONNÉES

Adresses	4208, rue Sherbrooke Magog (Québec) J1X 5R2
	3135, boul. Moïse-Vincent suite 305 Saint-Hubert (Qc) J3Z 0G7
Téléphone	873 500-2439
Télécopieur	819-821-8662
Courriel	service@gfsymbiose.com

HEURES D'OUVERTURE

Lundi au jeudi	8 h 30 à 16 h 30
Vendredi	8 h 30 à 15 h
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 possible**.

Nom du conseiller ou de la conseillère (s’il y a lieu)

Montant (optionnel)

Date de naissance (AAAA-MM-JJ)

Produit

☐ Assurance vie ☐ Invalidité ☐ Maladies graves

Sexe

◯ Homme ◯ Femme

Fumeur(euse)

◯ Oui ◯ 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 la date de retour à temps plein.

Médicaments · Depuis quand et pourquoi, dosage et date de l’arrêt de la prise de médication.

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

Traitements, si autre que médicament · Depuis quand et fréquence.

Antécédents familiaux · Père, mère, frères, sœurs.

Lien avec l’assuré(e)	Condition	Âge au diagnostic	Âge au décès

Opinion travail

Description du travail

Revenu

Nombre d’heures par semaine

Nombre de semaines par année

Opinion habitudes de vie

Drogue · Quoi, quantité, fréquence, consommation actuelle et passée, thérapie ; si oui, quand.

Alcool · Consommation actuelle et passée, thérapie ou AA ; si oui, quand.

Suspension du permis de 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

Sports pratiqués · Plongée, parachutisme, course automobile, course moto, saut de *bungee* et autres.

Détails de la pratique · Fréquence, depuis quand, profondeur, certification, rémunéré ou non, vitesse, etc.

Autres précisions