

## Questionnaire sur l'exposition au coronavirus (COVID-19)

À compléter lorsque l'assuré a 50 ans ou plus ET demande  
une protection Élite Simplifiée, Préférentielle ou Élite Express.

Nom de l'assuré : \_\_\_\_\_

### Pour soumettre votre demande :

- AccèsPPC** ▪ Vous pouvez joindre une copie de ce formulaire lorsque vous soumettez une proposition électronique via AccèsPPC.  
**OU Courriel** ▪ Si vous ne soumettez pas le formulaire en même temps que la proposition, veuillez l'envoyer par courriel à [nouvellesaffaires@ppcqc.ca](mailto:nouvellesaffaires@ppcqc.ca). Si la signature sur le formulaire est numérique et non véritable, vous devez joindre une copie d'un document émis par le gouvernement avec photo et signature (passeport, permis de conduire, etc.) pour des fins de vérification

1 | Au cours des 14 derniers jours, avez-vous éprouvé l'un des symptômes suivants? .....  Oui  Non

**Si OUI - Cochez tout ce qui s'applique et veuillez fournir des détails.**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> de la fièvre                                   | <input type="checkbox"/> un mal de gorge                                 |
| <input type="checkbox"/> une toux persistante qui ne s'est pas atténuée | <input type="checkbox"/> des nausées, des vomissements ou de la diarrhée |
| <input type="checkbox"/> des essoufflements                             | <input type="checkbox"/> une perte de l'odorat ou du goût                |
| <input type="checkbox"/> une fatigue de type grippal                    |  |

2 | Vous a-t-on conseillé de passer un test de dépistage du coronavirus (COVID-19), ou êtes-vous ou avez-vous été en contact étroit avec une personne qui a été mise en quarantaine ou a testé positif pour le coronavirus (COVID-19)? .....  Oui  Non

**Si OUI - Veuillez fournir des détails, notamment le résultat des tests et la date d'exposition.**

---

3 | Au cours des 21 derniers jours, êtes-vous revenu d'un voyage à l'étranger? .....  Oui  Non

**Si OUI - Veuillez indiquer la date de retour au Canada.**

---

### Élite Express Seulement

4 | Êtes-vous actuellement en bonne santé, en ce qui concerne la COVID-19? .....  Oui  Non

**Si NON - Veuillez fournir des détails.**

### Déclaration

Je confirme que les réponses que j'ai fournies sont véridiques et constituent une divulgation complète de tous les renseignements demandés dans ce questionnaire. J'accepte que ce formulaire fasse partie de ma proposition d'assurance et soit utilisé comme preuve d'assurabilité qui influencera l'évaluation et l'acceptation de ma proposition par la Compagnie d'assurance-vie Foresters et que toute fausse déclaration ou omission de divulguer tout fait important de ma part puisse invalider mon assurance.

Fait à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Ville, Province Jour Mois Année

\_\_\_\_\_  
Signature du proposant