PARTIE 2 (suite)

DÉCLARATIONS D'ASSURABILITÉ

(Personne à assurer, propriétaire et payeur)

SECTION A (suite)

– Personne à assurer : compléter en tout temps
– Propriétaire et payeur : compléter si une garantie complémentaire est demandée sur l'un ou l'autre

EST-CE QUE L'UNE DES PERSONNES CONCERNÉES PAR LA PRÉSENTE PROPOSITION :	OUI	NON
6. a) Consomme des boissons alcoolisées? **(si oui, indiquez la quantité).** Bière (bouteilles) _____/JR _____/SEM Vin (verres) _____/JR _____/SEM Alcool (oz) _____/JR _____/SEM	☐	☐
b) En a déjà fait un plus grand usage? Bière (bouteilles)_____/JR _____/SEM Vin (verres) _____/JR _____/SEM Alcool (oz) _____/JR _____/SEM	☐	☐
c) A déjà reçu des traitements relativement à sa consommation d'alcool ou été avisé de la réduire? **(si oui, compléter le questionnaire relatif à la consommation d'alcool).**	☐	☐
7. Fait ou a fait usage d'héroïne, morphine, cocaïne, barbituriques, amphétamines, LSD, stéroïde, marijuana, cannabis ou autres drogues ou narcotiques analogues (**Si oui, compléter le questionnaire de drogue**).	☐	☐
8. Au cours des 12 derniers mois, a fait usage de cigarettes, cigarillos, cigarettes électroniques, petits cigares, pipe, tabac à mâcher, fait usage de Nicorettes, timbre nicotinique, cannabis, de marijuana, opium, ou de tabac sous n'importe quelle autre forme? **(si oui fournir type de tabac et la quantité par jour**	☐	☐
9. A déjà fait usage de l'une des substances mentionnées en 8). **(Si oui, quand avez-vous arrêté et pour quelle raison?)**	☐	☐
REMARQUE : Toute fausse déclaration relative aux questions 7) ou 8) ou 9) entraîne automatiquement l'annulation de la police à la date de son émission, sans égard aux autres motifs légaux d'annulation que l'assureur peut invoquer.		
10. a) A déjà été reconnu coupable d'infractions ou d'actes criminels, ou des accusations d'infractions ou actes criminels ont été portés contre vous? **(Si oui, donner les détails, indiquer les charges, date d'infraction et de libération, etc.).**	☐	☐
b) A déjà fait faillite? (**Si oui, donner les détails, si personnelle ou commerciale, montant et date de libération**).	☐	☐

Pour toutes réponses affirmatives, veuilllez compléter le tableau suivant :

Quest. n°	Date	Raison	Détails appropriés selon la question

PARTIE 2 (suite)

DÉCLARATIONS D'ASSURABILITÉ

(Personne à assurer, propriétaire et payeur)

SECTION B

Personne à assurer : taille : _____ pi. po. poids : _____ lbs ou taille : _____ m. cm poids : _____ kg

Propriétaire : taille : _____ pi. po. poids : _____ lbs ou taille : _____ m. cm poids : _____ kg

Votre poids a-t-il varié depuis 1 an? ☐ Oui ☐ Non si oui, de combien et cause : _____

1. Nom et adresse du médecin qui possède votre dossier médical (au besoin, inscrire « néant ») _____

2. Date, raison et résultats de la dernière consultation médicale : _____

3. Avez-vous été référé à un médecin ou à un spécialiste, qu'il soit médecin ou non? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, nom et adresse: _____

Date, raison et résultats : _____

4. Avez-vous pris des médicaments dans les 24 derniers mois? ☐ Oui ☐ Non **Si oui, complétez le tableau suivant :**

Nom du médicament	Dosage et fréquence	Raison	Date début	Date de fin

5. Complétez le tableau suivant en considérant les maladies suivantes : maladie cardiovasculaire ou cérébrovasculaire (ischémie cérébrale transitoire, accident vasculaire cérébral (AVC), maladies cardiaques, cholestérol élevé ou autres), cancer (spécifiez-en le type), tumeur, polype du colon, tuberculose, fibrose kystique, affection reliée au sida, diabète, hypertension, maladie polykystique des reins ou autres maladies rénales, chorée d'Huntington, sclérose latérale amyotrophique (SLA), affection du motoneurone, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, démence, dystrophie musculaire, maladie de Parkinson, hémophilie ou autres maladies héréditaires.

Veuillez toujours remplir le tableau suivant pour tous les membres de la famille même s'ils sont en santé.

Parent	État de santé actuel	Âge au début de la maladie	Âge actuel	Âge au décès	Cause du décès
Père					
Mère					
Frère (nombre)					
Soeur (nombre)					

PARTIE 2 (suite)

DÉCLARATIONS D'ASSURABILITÉ

(Personne à assurer, propriétaire et payeur)

SECTION C

– Personne à assurer : compléter en tout temps
– Propriétaire et payeur : compléter si une garantie complémentaire est demandée sur l'un ou l'autre

Depuis les 5 dernières années (applicable section C seulement).	OUI	NON
1. a) Avez-vous été sous observation ou reçu un traitement médical quelconque ou pris des médicaments? **Si oui, détails.**	☐	☐
b) Avez-vous déjà subi une épreuve diagnostique ☐, une analyse de sang ☐, un test ☐, un électrocardiogramme ☐, une radiographie ☐ ou tout autre examen complémentaire ☐? **Si oui, détails et cochez la case appropriée.**	☐	☐
c) Avez-vous été hospitalisé ou subi une chirurgie? **Si oui, détails (date, raison, résultats et traitement).**	☐	☐
d) Avez-vous déjà appris que vous devriez subir une épreuve diagnostique ☐, un test ou examen ☐, être hospitalisé ☐ ou opéré ☐, même si cela n'a pas été fait? **Si oui, détails et cochez la case appropriée.**	☐	☐

Pour toutes réponses affirmatives, SVP bien vouloir compléter le tableau suivant :

Quest. n°	Date	Raison	Détails : tests, résultats, traitement, durée, date de rétablissement, séquelle, nom du médecin et hôpitaux consultés

SECTION D

– Personne à assurer : compléter en tout temps
– Propriétaire et payeur : compléter si une garantie complémentaire est demandée sur l'un ou l'autre

1. **Avez-vous déjà reçu des soins, consulté, été diagnostiqué ou eu des symptômes relatifs aux troubles suivants (encerclez s'il y a lieu)** :	OUI	NON
a) Troubles des oreilles, des yeux, du nez, de la bouche ou de la gorge?	☐	☐
b) Asthme, essoufflement, emphysème, bronchite, pneumonie, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), crachement de sang, tuberculose, apnée du sommeil, sarcoïdose, fibrose kystique ou autres troubles respiratoires ou pulmonaires?	☐	☐
c) Épilepsie, étourdissements, évanouissements, tremblements, convulsions, sclérose en plaques, névrite optique, engourdissements, picotements, perte d'équilibre, faiblesse des extrémités, trouble de la vue ou sensation de perte de la vue, maladie de Parkinson, maux de tête, migraine, paralysie, trouble de mémoire, démence, sénilité, maladie d'Alzheimer, dystrophie musculaire, chorée d'Huntington, myélite transverse ou autres troubles neurologiques ou du cerveau?	☐	☐
d) Douleurs thoraciques, palpitations, arythmie, hypertension, cholestérol élevé, fièvre rhumatismale, souffle cardiaque, accident vasculaire cérébral (AVC), ischémie cérébrale transitoire (ICT), insuffisance cardiaque, angine, anomalies des valves cardiaques, pontage, caillot de sang, thrombophlébite, chirurgie cardiaque ou autres maladies du cœur, des vaisseaux sanguins ou du système circulatoire?	☐	☐

PARTIE 2 (suite)

DÉCLARATIONS D'ASSURABILITÉ

(Personne à assurer, propriétaire et payeur)

SECTION D (suite)

– Personne à assurer : compléter en tout temps
– Propriétaire et payeur : compléter si une garantie complémentaire est demandée sur l'un ou l'autre

	OUI	NON
1. **Avez-vous déjà reçu des soins, consulté, été diagnostiqué ou eu des symptômes relatifs aux troubles suivants (encerclez s'il y a lieu)** :		
e) Colite ulcéreuse, maladie de Crohn, saignements, diarrhée persistante, polype, diverticulite, maladies du foie, stéatose hépatique, kyste au foie, hépatite tout type, porteur d'hépatite, jaunisse, pancréatite, ulcère, calcul biliaire ou autres troubles de l'estomac, des intestins, du foie, de la vésicule biliaire ou du pancréas?	☐	☐
f) Sucre, sang, pus ou protéines dans les urines, calculs, kyste aux reins, infection rénale, de la vessie, de la prostate, hypertrophie bénigne de la prostate, niveau anormal de l'antigène prostatique spécifique (APS), insuffisance rénale, troubles des ovaires, de l'utérus, cellules anormales au col utérin, hystérectomie, masse, lésion, bosse ou nodule aux seins, PAP test ou mammographie anormale ou autres troubles des reins, de la vessie ou des organes génitaux?	☐	☐
g) Diabète, troubles de la thyroïde, de l'hypophyse, anémie, troubles de coagulation, hémophilie, hémochromatose, troubles des plaquettes, virus d'Epstein-Barr, troubles de saignement, troubles des glandes lymphatiques, troubles hormonaux, affections cutanées, lupus, sclérodermie ou autres troubles des glandes, du sang ou de la peau?	☐	☐
h) Anxiété, dépression, troubles d'adaptation, burn-out, angoisse, épuisement professionnel, troubles de panique, idée suicidaire ou tentative de suicide, schizophrénie, psychose, fatigue chronique, trouble de déficit de l'attention, hyperactivité, troubles alimentaires (boulimie, anorexie) ou autres troubles psychiatriques, émotifs, mentaux ou de comportement?	☐	☐
i) Troubles des muscles, des os, des articulations (hanche, genou, épaule), du dos ou du cou, des ligaments, rhumatisme, arthrite, goutte, ostéoporose, ostéoarthrite, fibromyalgie, syndrome de douleurs chroniques, amputation, discopathie dégénérative, myasthénie grave, syndrome post-polio ou autres troubles de l'appareil locomoteur?	☐	☐
j) Syndrome immunodéficitaire acquis (SIDA), affection reliée au SIDA (ARS) ou toute autre déficience du système immunitaire ou subi une épreuve indiquant la présence du virus du SIDA ou d'anticorps au virus du SIDA?	☐	☐
2. Avez-vous déjà eu ou été opéré pour un kyste, une tumeur, masse, lésions cutanées, nodule, grain de beauté, nævus ou un cancer ou subi des traitements de radiothérapie ou chimiothérapie?	☐	☐
3. Avez-vous déjà fait une demande de prestations ou reçu des prestations, une rente d'invalidité ou une compensation ou encore demandé un supplément d'aide à la suite de blessure, de maladie ou d'un handicap?	☐	☐
4. Avez-vous eu connaissance de quelque symptôme ou malaise pour lequel vous n'avez pas encore consulté un médecin ou reçu un traitement?	☐	☐
5. Souffrez-vous d'une maladie génétique, d'une maladie incurable ou d'un handicap physique ou mental incluant déficience intellectuelle?	☐	☐
6. Souffrez-vous d'une maladie ou d'un syndrome quelconque pour lequel votre médecin vous a dit qu'il n'existe aucun traitement?	☐	☐
7. Votre conjoint souffre-t-il ou a-t-il déjà souffert d'hépatite B ou C, ou du SIDA ou a-t-il déjà reçu un résultat positif à un test de dépistage de l'une ou l'autre de ces maladies?	☐	☐

Pour toutes réponses affirmatives, SVP bien vouloir compléter le tableau suivant :

Quest. n°	Date	Raison	Détails : tests, résultats, traitement, durée, date de rétablissement, séquelle, nom du médecin et hôpitaux consultés

PARTIE 2 (suite)

DÉCLARATIONS D'ASSURABILITÉ

(Personne à assurer)

SECTION D (suite)

– Personne à assurer : compléter en tout temps si l'option AdapSanté Equitable Hybride est demandée	OUI	NON
8. Avez-vous ou faites-vous usage d'une chaise roulante, d'une marchette, d'une canne, d'une chaise motorisée, d'un monte escalier ou souffrez-vous de toute condition causant une limitation des déplacements ou un déséquilibre? (Si oui, donner les détails)	☐	☐
9. Avez-vous présentement ou dans le passé eu recours aux soins ou été avisé d'avoir des soins d'un physiothérapeute, chiropraticien, ergothérapeute, ostéopathe, infirmière ou de tout autre professionnel ou reçu des traitements dans une clinique de réhabilitation, une maison de convalescence, une maison psychiatrique ou un établissement de soins de longue durée ou tout autre établissement de soins? (Si oui, donner les détails)	☐	☐
10. Avez-vous besoin d'aide ou d'assistance pour faire une ou plusieurs des situations suivantes : se laver, s'alimenter, s'habiller, aller à la toilette, marcher, se déplacer, gérer sa continence, prendre des médicaments, faire le ménage, faire la lessive, magasiner, préparer les repas? (Si oui, donner les détails)	☐	☐
11. Une entrevue téléphonique pourra être commandée par le siège social pour vérifier l'assurabilité de la personne à assurer. Quel est le moment le plus approprié pour vous contacter? Jour : _____ heure : _____ téléphone : _____		

Pour toutes réponses affirmatives, SVP bien vouloir compléter le tableau suivant :

Quest. n°	Date	Raison	Détails : tests, résultats, traitement, durée, date de rétablissement, séquelle, nom du médecin et hôpitaux consultés

SECTION E

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

_____

_____

_____

ADAPSANTÉ EQUITABLE JUVÉNILE

SECTION F

(À compléter aussi pour l'assurance factuelle maladies critiques Juvénile)

1. **Compléter le tableau suivant en considérant les maladies suivantes : maladie cardiovasculaire ou cérébrovasculaire (ischémie cérébrale transitoire, accident vasculaire cérébral (AVC), maladies cardiaques, cholestérol élevé ou autres), cancer (spécifiez-en le type), tumeur, polype du colon, tuberculose, affection reliée au sida, diabète, hypertension, maladie polykystique des reins ou autres maladies rénales, chorée d'Huntington, sclérose latérale amyotrophique (SLA), affection du motoneurone, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson ou autres maladies héréditaires.**

   Veuillez toujours remplir le tableau suivant pour tous les membres de la famille même s'ils sont en santé. Compléter la partie des grands-parents paternels et maternels seulement si le père et/ou la mère est âgé(e) de moins de 40 ans.

Parent	État de santé actuel	Âge au début de la maladie	Âge actuel	Âge au décès	Cause du décès
Père					
Mère					
Frère (nombre)					
Soeur (nombre)					
Grand-père paternel					
Grand-mère paternelle					
Grand-père maternel					
Grand-mère maternelle					

PARTIE 2 (suite)

ADAPSANTÉ EQUITABLE JUVÉNILE

SECTION F (suite)

2. **La personne à assurer a-t-elle déjà eu ou présenté des symptômes d'une ou des maladies suivantes : maladie cardiaque, ischémie cérébrale transitoire ou accident vasculaire cérébral (AVC), cancer (spécifiez-en le type), tumeur, tuberculose, affection reliée au sida, diabète, hypertension, maladie rénale, maladie mentale, alcoolisme, chorée d'Huntington, sclérose latérale amyotrophique, une affection du motoneurone, sclérose en plaques, autisme, dystrophie musculaire, insuffisance motrice cérébrale, trisomie 21, fibrose kystique, cécité, surdité, mutité, paralysie, syndrome de Rett, malformation cardiaque congénitale, hémophilie ou quelque autre maladie héréditaire ?** ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, donnez les détails : _____

3. **Si la personne à assurer est âgée de moins de un (1) an, est-elle née prématurément de plus de quatre (4) semaines ?** ☐ Oui ☐ Non

4. **Les parents de la personne à assurer possèdent-ils une assurance contre les maladies critiques ?** ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, quel en est le capital assuré ? Père : _____
Mère : _____

Si non, pourquoi ? _____

5. **Si la personne à assurer a au moins un frère ou une soeur, son frère et/ou sa soeur ont-ils une assurance maladies critiques en vigueur ou à l'étude ?** ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, quel en est le capital assuré ? Frère : _____
Soeur : _____

Si non, pourquoi ? _____

100002843

CONVENTION RELATIVE À LA CONSTITUTION D'UN DOSSIER PERSONNEL

Les renseignements personnels, y compris le numéro d'assurance sociale, que L'Union-Vie détient ou détiendra à votre sujet seront traités de façon confidentielle et seront consignés dans un dossier dont l'objet est de vous permettre de bénéficier des différents services financiers d'assurance, de rente et d'autres services complémentaires qu'elle offre. Ils ne seront consultés que par les employés de L'Union-Vie qui doivent y avoir accès dans l'exercice de leurs fonctions.

Vous pouvez avoir accès à votre dossier et faire rectifier des renseignements si vous démontrez qu'ils sont inexacts, incomplets, équivoques, périmés ou non nécessaires. Vous devez alors faire une demande écrite à l'attention du responsable de l'accès à l'information au siège social de L'Union-Vie, Compagnie mutuelle d'assurance, situé au 142 Heriot, Drummondville (Québec) J2C 1J8.

CONSENTEMENT À LA CUEILLETTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS À DES TIERS

Aux fins de l'établissement de l'assurabilité, de la gestion de notre dossier et de l'étude des réclamations, nous autorisons toute personne physique ou morale ou tout organisme public ou parapublic possédant des renseignements personnels à notre sujet concernant, entre autres, notre état de santé, nos antécédents médicaux ou notre admissibilité aux prestations, soit notamment tout médecin ou autre praticien, hôpital, clinique médicale ou paramédicale, laboratoire, compagnie d'assurance ou de réassurance, le MIB Inc., les agents de renseignements personnels, les intermédiaires de marché, toute institution financière, le preneur, notre employeur ou ex-employeur, la CSST, la RRQ, la SAAQ, la RAMQ, les agents d'investigation et de sécurité, les agences de données sur les risques et les sinistres, les organismes de prévention, de détection ou répression des crimes et des infractions, à les communiquer à L'Union-Vie ou à ses réassureurs sur demande.

De même, nous autorisons L'Union-Vie à communiquer auxdits tiers ainsi qu'à ses réassureurs lesdits renseignements. Pour les mêmes fins et pour recueillir le même type de renseignements, nous consentons également à ce que L'Union-Vie ou ses réassureurs puissent demander un rapport d'enquête à notre sujet et utiliser les renseignements qu'ils détiennent dans d'autres dossiers en leur possession.

Le présent consentement vaut également pour la cueillette, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant nos enfants mineurs. Aucune modification ou altération du présent consentement n'influera sur son contenu ni ne liera l'assureur. Ce consentement peut également être utilisé lors d'une demande d'assurance additionnelle ou modification au contrat.

Nous reconnaissons avoir été informés que l'intermédiaire est rémunéré à commissions relativement à la transaction décrite dans la proposition ci-dessus mentionnée.

DÉCLARATION

Nous, soussignés, la personne à assurer et le propriétaire, certifions avoir pris connaissance de toutes les questions contenues dans cette proposition. Les réponses données ont été fidèlement reproduites et sont complètes et véridiques. De plus, nous consentons à ce qu'elles servent de base au contrat d'assurance demandé et reconnaissons que toute fausse déclaration ou réticence peut entraîner la résiliation du contrat d'assurance obtenu à la suite de cette proposition.

Nous convenons que l'assurance prend effet dès l'acceptation par la Compagnie de la proposition pour autant que cette dernière ait été acceptée sans modification, que la première prime ait été payée et qu'aucun changement ne soit intervenu dans l'assurabilité des personnes à assurer depuis la signature de cette proposition.

Nous reconnaissons avoir pris connaissance de la convention relative à la constitution d'un dossier personnel.

Nous reconnaissons avoir lu et reçu l'avis de divulgation de renseignements.

Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Remarque : Si les noms et prénoms des sections A et C de la partie 1 diffèrent des signatures suivantes, ces dernières apparaîtront au contrat.

Note 1 : J'autorise L'Union-Vie, Compagnie mutuelle d'assurance à annuler les contrats présentement en vigueur à L'Union-Vie visés par le remplacement et cités à la Partie 1, Section L, Question 2. et ce, lors de l'entrée en vigueur de la police issue de cette proposition.

Je comprends que les maladies couvertes par cette assurance se limitent à celles définies dans le contrat.

Je déclare ne pas être un citoyen américain. Par contre, dans le cas où je suis un citoyen américain, mon ''Taxpayer Identification Number'' (Tin) se trouve à la section A de la partie 1.

Je reconnais avoir été informé que le conseiller en sécurité financière est indépendant de l'assureur et n'est pas son représentant.

J'atteste que les déclarations et réponses contenues dans la présente proposition, si elles ont été complétées, et dans tout questionnaire paramédical, entrevue téléphonique et tous autres questionnaires sont complètes et véridiques et font partie intégrante de la proposition d'assurance vie ou maladies critiques et ne peuvent en être dissociées.

Signé à _____ Prov. _____ ce _____e jour de _____ 20 _____

X _____
Signature de la personne à assurer (si 14 ans et plus)

X _____
Signature du propriétaire (Si compagnie, signataire autorisé)

X _____
Signature du conseiller

X _____
Signature du père, de la mère ou du tuteur si la personne à assurer est mineure

TRANSFORMATION

En tant que bénéficiaire irrévocable/cessionnaire de la police qui sera transformée à l'acceptation de la présente proposition, je reconnais et accepte que je n'aurai aucun droit aux termes de la nouvelle police.

X _____
Signature du bénéficiaire irrévocable/cessionnaire