

Aide-mémoire

Questionnaire d'éligibilité - Émission simplifiée

Légende des types d'émissions



Garantie
5 000 \$ - 25 000 \$



Instantanée
25 001 \$ à 50 000 \$



Express
50 001 \$ à 150 000 \$



Questions de qualification

1. Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous fait usage de cigarettes, cigarillos, cigarettes électroniques (avec ou sans nicotine), petits cigares, pipe, tabac à mâcher, shisha, noix de bétel, timbres nicotiniques, produits de désaccoutumance du tabac ou tabac sous n'importe quelle autre forme ?	•	•	•
2. Au cours des trois (3) dernières années, avez-vous été reconnu coupable d'une infraction criminelle ou d'un acte criminel, ou des accusations d'infraction criminelle ou d'acte criminel ont-elles été portées contre vous ?	•	•	•
1. Êtes-vous hospitalisé ou résidez-vous présentement dans une maison ou un centre de soins infirmiers pour personnes en perte d'autonomie ou vous déplacez-vous en fauteuil roulant ou avez-vous besoin d'aide ou d'assistance pour faire deux ou plusieurs des activités de la vie quotidienne : se laver, se vêtir, se servir des toilettes, être continent, se mouvoir, se nourrir ?		•	•
2. Au cours des soixante (60) derniers jours :			
a) Avez-vous été hospitalisé ?		•	•
b) Un médecin vous a-t-il informé de résultats anormaux à des tests diagnostiques ?		•	•
c) Un médecin vous a-t-il conseillé de subir un test diagnostique, un test spécial ou une chirurgie, quelle qu'elle soit ?		•	•
d) Un médecin vous a-t-il conseillé de consulter un autre médecin, un spécialiste, ou de subir une investigation médicale qui n'a pas encore été faite ?		•	•
3. Avez-vous déjà reçu des soins, consulté ou été diagnostiqué du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), affection liée au SIDA ou toute autre déficience du système immunitaire ou subit une investigation indiquant la présence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou d'anticorps au VIH ?		•	•
4. Au cours des dix (10) dernières années, avez-vous reçu des soins, été traité, consulté, été diagnostiqué ou eu des symptômes relatifs aux troubles suivants :			
a) Cancer avec métastases, deux (2) types de cancer différents ou une récurrence d'un cancer (excluant un carcinome basocellulaire)		•	•
b) Fibrose kystique ou maladie respiratoire chronique qui requiert l'administration quotidienne d'oxygène (excluant l'apnée du sommeil)		•	•
c) La démence, la maladie d'Alzheimer, la dystrophie musculaire, la chorée de Huntington, la sclérose latérale amyotrophique (SLA) ou la maladie de Parkinson		•	•
d) Une insuffisance cardiaque chronique ou la cardiomyopathie		•	•
e) Avez-vous été sur une liste d'attente de dons d'organes ou de moelle osseuse ou avez-vous reçu un don d'organe ou de moelle osseuse (excluant les greffes cornéennes) ?		•	•
5. Avant l'âge de 40 ans, avez-vous reçu des soins, été traité, consulté, été diagnostiqué, ou eu des symptômes relatifs aux troubles suivants :			
a) Maladie rénale chronique		•	•
b) Accident vasculaire cérébral (AVC), accident ischémique transitoire (AIT), anévrisme, maladie coronarienne		•	•
c) Pontage coronarien, angioplastie, insertion d'un tuteur (STENT) ou d'un stimulateur cardiaque (pacemaker)		•	•
d) Angine de poitrine, crise cardiaque (infarctus du myocarde)		•	•
6. Au cours des vingt-quatre (24) derniers mois :			
a) Avez-vous fait usage de barbituriques, narcotiques ou opioïdes non prescrits par un médecin, héroïne, cocaïne, amphétamines, hallucinogènes, stéroïdes, ou autres drogues ou narcotiques analogues ?		•	•
b) Un médecin vous a-t-il conseillé de diminuer votre consommation de drogues et/ou d'alcool ?		•	•
c) Avez-vous séjourné dans une résidence pour le traitement de l'abus de drogues et/ou d'alcool ou avez-vous été reconnu coupable pour conduite avec les facultés affaiblies ?		•	•

Aide-mémoire

Questionnaire d'éligibilité - Émission simplifiée



Questions de qualification

1. Au cours des trois (3) dernières années, avez-vous reçu des soins, été traité, consulté, été diagnostiqué ou eu des symptômes relatifs aux troubles suivants :			
a)	Angine de poitrine, crise cardiaque (infarctus du myocarde)		•
b)	Accident vasculaire cérébral (AVC), plus d'un épisode d'accident ischémique transitoire (AIT) anévrisme, maladie coronarienne		•
c)	Pontage coronarien, angioplastie, insertion d'un tuteur (STENT) ou d'un stimulateur cardiaque (pacemaker)		•
2. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous reçu des soins, été traité, consulté, été diagnostiqué ou eu des symptômes relatifs aux troubles suivants :			
a)	Maladie rénale chronique, maladie polykystique des reins		•
b)	Maladie du foie chronique (incluant cirrhose, fibrose, hépatite C)		•
c)	Maladie artérielle périphérique ou une maladie vasculaire périphérique (problèmes circulatoires dans les jambes et/ou les pieds)		•
3. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous reçu des soins, été traité, consulté, été diagnostiqué ou eu des symptômes relatifs aux troubles suivants :			
a)	Leucémie, lymphome de tout type, cancer du sein, des ovaires, du col de l'utérus, du poumon, colorectal, mélanome malin		•
4. Souffrez-vous de diabète diagnostiqué qui exige la prise d'insuline ?		Si oui, question 4a) et 4b)	
a)	Avez-vous été diagnostiqué il y a plus de vingt (20) ans ?		•
b)	Au cours des six (6) derniers mois, votre médication a-t-elle été modifiée selon l'avis d'un médecin (ajout ou remplacement d'un médicament, hausse ou baisse du dosage prescrit) ?		•
5. Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous reçu des soins, consulté, été diagnostiqué ou eu des symptômes pour un trouble bipolaire, la schizophrénie ou une psychose ?			•
6. Au cours des douze (12) derniers mois, votre poids a-t-il diminué de 10 % ou plus sans avoir suivi intentionnellement une diète ou suite à une grossesse ?			•
7. Au cours des douze (12) prochains mois, prévoyez-vous voyager à l'extérieur de l'Amérique du Nord, des Caraïbes (excluant Haïti), du Royaume-Uni ou de l'Union européenne pour plus de douze (12) semaines ?			•

Ce questionnaire ne remplace en aucun cas la déclaration requise dans la proposition électronique et ne peut être en aucun être utilisé dans une proposition d'assurance. Veuillez utiliser la proposition électronique pour déterminer l'admissibilité du client.

Pour toutes questions, n'hésitez pas à nous contacter par courriel au ind.ventes@uvassurance.ca ou par téléphone au 1-888-450-1315