

Questionnaire d'admissibilité 1 – Émission simplifiée | Assurances vie temporaires et permanentes

Important : Remplir en caractères d'imprimerie et répondre à chacune des sections avec le plus de précision possible.

Section 1 – Information sur l'assuré(e)

1. N° de proposition _____
2. Prénom _____ Nom _____
3. Date de naissance

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Section 2 – Émission garantie

Oui Non

1. Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous fait usage de cigarettes, cigaretillos, 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 ? Oui Non
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 ? Oui Non

Produits disponibles : **L'Adaptable** | **L'Intégral**

Non

Si vous avez répondu NON à la question 2 – Section 2, vous êtes admissible en assurance vie permanente jusqu'à 25 000 \$ en **Émission garantie**.

Si vous soumettez votre demande immédiatement, veuillez passer à la **Section 6 – Signatures**.

Vous pouvez soumettre votre demande OU poursuivre à la **Section 3 – Émission instantanée** et obtenir un montant pouvant atteindre 50 000 \$.

Section 3 – Émission instantanée

Oui Non

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 ? Oui Non
2. Au cours des soixante (60) derniers jours
- a) Avez-vous été hospitalisé (excluant les hospitalisations reliées à la grossesse) ? Oui Non
- b) Un professionnel de la santé vous a-t-il informé de résultats anormaux à des tests diagnostiques ? Oui Non
- c) Un professionnel de la santé vous a-t-il conseillé de subir un test diagnostique, un test spécial ou une chirurgie, quelle qu'elle soit ? Oui Non
3. Avez-vous déjà reçu des soins, consulté ou été diagnostiqué du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), affection reliée au SIDA ou toute autre déficience du système immunitaire ou subi une investigation indiquant la présence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou d'anticorps au VIH ? Oui Non
4. Au cours des dix (10) dernières années, avez-vous consulté, reçu des soins, été traité, été diagnostiqué, eu des symptômes ou êtes-vous présentement sous traitement pour les troubles suivants :
- a) Cancer avec métastases et/ou ganglions atteints, deux (2) types de cancer différents ou une récurrence d'un cancer (excluant un carcinome basocellulaire) ? Oui Non
- b) Fibrose kystique ou maladie respiratoire chronique qui requiert l'administration quotidienne d'oxygène (excluant l'apnée du sommeil) ? Oui Non
- c) La démence, la maladie d'Alzheimer, la dystrophie musculaire, la chorée de Huntington, la sclérose latérale amyotrophique (SLA) ou la maladie de Parkinson ? Oui Non
- d) Une insuffisance cardiaque chronique ou la cardiomyopathie ? Oui Non
- 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) ? Oui Non

Produits disponibles

L'Adaptable
L'Intégral

Non

Si vous avez répondu NON à TOUTES les questions de cette section, vous êtes admissible à l'assurance vie permanente jusqu'à 50 000 \$ en **Émission instantanée**.

Vous pouvez soumettre votre demande OU poursuivre à la **Section 4 – Émission express** et obtenir un montant pouvant atteindre 150 000 \$.

Si vous soumettez votre demande immédiatement, veuillez passer à la **Section 6 – Signatures**.

Oui

Si vous avez répondu OUI à l'une des questions, vous êtes admissible à une **Émission garantie** pour un montant maximum de 25 000 \$.

Section 3 – Émission instantanée (suite)

Oui Non

5. Avant l'âge de 40 ans, avez-vous consulté, reçu des soins, été traité, été diagnostiqué, eu des symptômes, ou êtes-vous présentement sous traitement pour les troubles suivants :

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) Maladie rénale chronique ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Accident vasculaire cérébral (AVC), accident ischémique transitoire (AIT), anévrisme, maladie coronarienne ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Pontage coronarien, angioplastie, insertion d'un tuteur (STENT) ou d'un stimulateur cardiaque (pacemaker) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Angine de poitrine, crise cardiaque (infarctus du myocarde) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Au cours des vingt-quatre (24) derniers mois :

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) Un professionnel de la santé vous a-t-il conseillé de subir un test diagnostique, un test spécial ou une chirurgie qui n'a pas encore été fait ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Un professionnel de la santé vous a-t-il conseillé de consulter un autre professionnel de la santé, un spécialiste, ou de subir une investigation médicale qui n'a pas encore été fait ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Avez-vous fait usage de barbituriques, narcotiques ou opioïdes non prescrits par un professionnel de la santé, héroïne, cocaïne, amphétamines, hallucinogènes, stéroïdes, ou autres drogues ou narcotiques analogues ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Un professionnel de la santé vous a-t-il conseillé de diminuer votre consommation de drogues et/ou d'alcool ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) 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 ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Section 4 – Émission express

Oui Non

1. Au cours des trois (3) dernières années, avez-vous consulté, reçu des soins, été traité, été diagnostiqué, eu des symptômes, ou êtes-vous présentement sous traitement pour les troubles suivants :

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) Angine de poitrine, crise cardiaque (infarctus du myocarde) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Accident vasculaire cérébral (AVC), plus d'un épisode d'accident ischémique transitoire (AIT), anévrisme, maladie coronarienne ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Pontage coronarien, angioplastie, insertion d'un tuteur (STENT) ou d'un stimulateur cardiaque (pacemaker) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous consulté, reçu des soins, été traité, été diagnostiqué, eu des symptômes, ou êtes-vous présentement sous traitement pour les troubles suivants :

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) Maladie rénale chronique, maladie polykystique des reins ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Maladie du foie chronique (incluant mais ne se limitant pas à cirrhose, fibrose, hépatite B et C) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Maladie artérielle périphérique ou une maladie vasculaire périphérique (problèmes circulatoires dans les jambes et/ou les pieds) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous consulté, reçu des soins, été traité, été diagnostiqué, eu des symptômes, ou êtes-vous présentement sous traitement pour les troubles suivants :

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) Leucémie, lymphome de tout type, cancer du sein, des ovaires, du col de l'utérus, du poumon, colorectal, mélanome malin ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

Produits disponibles

Temporaire Supérieur+

(T-10, T-20, T-25 ou T-30)

L'Adaptable

L'Intégral

Non

Si vous avez répondu NON à TOUTES les questions de cette section, vous êtes admissible à l'assurance vie temporaire OU permanente jusqu'à 150 000 \$ en **Émission express**.

Vous pouvez soumettre votre demande OU poursuivre à la **Section 5 – Sélection immédiate** et obtenir un montant pouvant atteindre 499 999 \$ en assurance vie temporaire.

En assurance vie permanente, pour les montants supérieurs à 150 000 \$, veuillez vous référer au tableau des exigences d'assurabilité.

Si vous soumettez votre demande immédiatement, veuillez passer à la **Section 6 – Signatures**.

Oui

Si vous avez répondu OUI à l'une des questions, vous êtes admissible à une **Émission instantanée** pour un montant maximum de 50 000 \$.

Section 4 – Émission express (suite)

Oui Non

4. a) Souffrez-vous de diabète qui exige la prise d'insuline diagnostiqué il y a plus de vingt (20) ans? Oui Non
- b) Si vous souffrez de diabète qui exige la prise d'insuline, est-ce qu'au cours des six (6) derniers mois, votre médication a été modifiée selon l'avis d'un professionnel de la santé (ajout ou remplacement d'un médicament, hausse ou baisse du dosage prescrits)? Oui Non
5. Au cours des vingt-quatre (24) derniers mois, avez-vous consulté, reçu des soins, été traité, été diagnostiqué, eu des symptômes, ou êtes-vous présentement sous traitement pour un trouble bipolaire, la schizophrénie ou une psychose? Oui Non
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? Oui Non
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? Oui Non

Section 5 – Sélection immédiate

1. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous consulté, reçu des soins, été traité, été diagnostiqué, eu des symptômes ou êtes-vous présentement sous traitement pour les troubles suivants :

a)

À quand remonte le dernier épisode?

Avez-vous eu plus d'un épisode?

Souffrez-vous de diabète?

Angine de poitrine		Crise cardiaque (infarctus du myocarde)	
Oui	Non	Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, répondre à ces questions :			
<input type="checkbox"/> 0 - 3 ans		<input type="checkbox"/> 0 - 3 ans	
<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans		<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans	
Oui	Non	Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b)

À quand remonte le dernier épisode?

Avez-vous eu plus d'un épisode?

Souffrez-vous de diabète?

Accident vasculaire cérébral (AVC)		Accident ischémique transitoire (AIT)		Anévrisme		Maladie coronarienne	
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, répondre à ces questions :							
<input type="checkbox"/> 0 - 3 ans		<input type="checkbox"/> 0 - 3 ans		<input type="checkbox"/> 0 - 3 ans		<input type="checkbox"/> 0 - 3 ans	
<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans		<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans		<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans		<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans	
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Produits disponibles

Temporaire Supérieur+

(T-10, T-20, T-25 ou T-30)

Maximums en Sélection immédiate

18 - 45 ans | **499 999 \$**

46 - 55 ans | **350 000 \$**

56 - 65 ans | **250 000 \$**

Non

Si vous avez répondu NON à TOUTES les questions de cette section, vous êtes admissible à l'assurance vie temporaire en **Sélection immédiate**. Vous pouvez soumettre votre proposition.

Oui

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions, 3 choix s'offriront à vous.

- vous serez accepté
- une prime ajustée vous sera offerte
- vous serez refusé mais pourriez être accepté en **Émission express** pour un montant maximal de 150 000 \$.

Nous vous suggérons de soumettre votre proposition. Cependant, pour obtenir une décision immédiate, vous devez compléter une proposition électronique disponible sur **MON UNIVERS**.

mon
univers

Section 5 – Sélection immédiate (suite)

c)

	Pontage coronarien		Angioplastie		Insertion d'un tuteur (STENT)	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, répondre à ces questions :						
À quand remonte la dernière intervention ?	<input type="checkbox"/> 0 - 3 ans		<input type="checkbox"/> 0 - 3 ans		<input type="checkbox"/> 0 - 3 ans	
	<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans		<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans		<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans	
Combien de vaisseaux ont été touchés ?	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 1	
	<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 2	
	<input type="checkbox"/> 3 ou plus		<input type="checkbox"/> 3 ou plus		<input type="checkbox"/> 3 ou plus	
Avez-vous reçu un pacemaker en raison d'un pontage coronarien, angioplastie, insertion d'un tuteur (STENT), ou maladie coronarienne ?	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous de diabète ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d)

	Pacemaker	
	Oui	Non
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, répondre à ces questions :		
À quand remonte le dernière intervention ?	<input type="checkbox"/> 0 - 3 ans	
	<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans	
Avez-vous reçu un pacemaker en raison d'un pontage coronarien, angioplastie, insertion d'un tuteur (STENT), ou maladie coronarienne ?	Oui	Non
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Oui Non

2. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous consulté, reçu des soins, été diagnostiqué, eu des symptômes ou êtes-vous présentement sous traitement pour tout type de cancer (excluant le carcinome basocellulaire) ?

Si oui, répondre à la question a) et b)

a) S'agissait-il d'un cancer de la thyroïde ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, répondre à ces questions :		
▶ Avez-vous reçu des traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ Avez-vous eu des métastases et/ou des ganglions atteints ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) S'agissait-il d'un cancer de la prostate ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, répondre à ces questions :		
▶ Est-ce que le taux d'antigène prostatique spécifique (APS) est revenu à la normale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ Avez-vous reçu des traitements de chimiothérapie ou radiothérapie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ Avez-vous eu des métastases et/ou des ganglions atteints ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Section 5 – Sélection immédiate (suite)

Oui Non

3. Si vous avez 30 ans ou moins, avez-vous reçu un diagnostic de diabète (excluant le diabète gestationnel) ou votre médecin vous a-t-il recommandé d'avoir des contrôles réguliers de votre glycémie?

4. Souffrez-vous de diabète associé à l'un des troubles suivants : maladie coronarienne (incluant mais ne se limitant pas à angine de poitrine, crise cardiaque (infarctus du myocarde), pontage coronarien, angioplastie, insertion d'un tuteur (stent), maladie vasculaire périphérique, amputation, neuropathie, rétinopathie, accident vasculaire cérébral (AVC) ou accident ischémique transitoire (AIT)?

5. Au cours des trois (3) dernières années, avez-vous subi une amputation à la suite d'une maladie?

6. Au cours des six (6) derniers mois :

a) Est-ce qu'une médication, quelle qu'elle soit, a-t-elle été modifiée selon l'avis d'un professionnel de la santé (ajout ou remplacement d'un médicament, hausse ou baisse du dosage prescrit) ou avez-vous cessé celle-ci sans l'avis d'un professionnel de la santé?

b) Avez-vous été sous traitement avec anticoagulant?

7. Avez-vous des antécédents familiaux pour les troubles suivants :

a) Maladie polykystique des reins?

Si oui, répondre à la question :

▶ Avez-vous subi une investigation pour cette maladie?

Si oui, répondre à la question :

▶ Vous a-t-on diagnostiqué une maladie polykystique des reins?

b) Maladie de Huntington?

8. Au cours des vingt-quatre (24) derniers mois, votre permis de conduire a-t-il été suspendu ou révoqué, ou au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous commis plus de trois (3) infractions au Code de la route?

9. Au cours des cinq (5) dernières années :

a) Avez-vous fait usage de barbituriques, narcotiques ou opioïdes non prescrits par un professionnel de la santé, héroïne, cocaïne, amphétamines, hallucinogènes, stéroïdes, ou autres drogues ou narcotiques analogues?

b) Avez-vous séjourné dans une résidence pour le traitement de l'abus de drogues et/ou d'alcool ou été avisé par un professionnel de la santé de diminuer votre consommation de drogue ou d'alcool, incluant le cannabis?

c) 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?

10. Veuillez indiquer votre taille et poids (pi.po/cm, lb/kg)

Taille _____ pi.po cm Poids _____ lb kg



Le présent questionnaire doit être daté du jour où il a été rempli et doit être reçu au siège social de UV Assurance dans les 14 jours suivant la date de signature.

Section 6 – Signatures

J'atteste que les réponses contenues dans le présent questionnaire sont complètes et véridiques et font partie intégrante de la proposition d'assurance auprès de UV Assurance et ne peuvent en être dissociées.

Signé à _____ | J | J | M | M | A | A | A | A |

X _____
Signature de la personne à assurer

X _____
Signature du propriétaire 1 (si personne morale, signataire autorisé)

X _____
Signature du propriétaire 2 (si personne morale, signataire autorisé)

X _____
Signature du conseiller