

Nom de l'assuré(e)
Prénom
N° de proposition ou contrat

**1. Protection demandée :**

a) Montant : \_\_\_\_\_ \$/mois

(min. 300 \$, max. 1,5 % du montant d'assurance vie demandé sans excéder 3 500 \$)

b) Option de protection :

2 ans     5 ans     jusqu'à 65 ans

c) Tableau des prêts à assurer :

PRÊT À ASSURER	SOLDE	MENSUALITÉ	PRÊT DÉJÀ ASSURÉ		REMPLETER		NOM DE L'ASSUREUR
			OUI	NON	OUI	NON	
Prêt hypothécaire	\$	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Marge de crédit hypothécaire	\$	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Marge de crédit personnelle	\$	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prêt personnel	\$	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prêt véhicule motorisé	\$	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prêt étudiant	\$	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prêt commercial	\$	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bail	\$	\$	<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"/>	

2. Quel est votre statut actuel?     Employé salarié     Travailleur autonome     Personne au foyer     Congé parental

3. Quel emploi occupez-vous? \_\_\_\_\_

4. Quel est votre revenu annuel brut? \_\_\_\_\_ \$

5. Nom et adresse de votre employeur ou de votre entreprise :

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

6. Nature de l'entreprise (secteur d'activité) : \_\_\_\_\_

7. Si vous êtes un travailleur autonome, quel est le pourcentage de vos parts dans l'entreprise? \_\_\_\_\_ %

8. Nombre d'années chez votre employeur ou à votre compte : \_\_\_\_\_ an(s)

9. Nombre d'heures de travail par semaine : \_\_\_\_\_ heure(s)

10. Nombre de semaines de travail par année : \_\_\_\_\_ semaine(s)

11. Nombre d'années dans une entreprise similaire : \_\_\_\_\_ an(s)

12. Décrivez sommairement vos tâches : \_\_\_\_\_

13. Quel pourcentage de votre travail est considéré comme manuel? \_\_\_\_\_ %

14. Travaillez-vous à domicile?     Oui     Non

Si oui, confirmez le nombre d'heures travaillées à domicile par semaine : \_\_\_\_\_ heure(s)

15. Avez-vous de l'assurance salaire avec votre employeur?     Oui     Non

Si oui, nom de la compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ % du salaire     En vigueur     À l'étude

Page 12, section D, **question 1 i)** doit se lire :

**Avez-vous déjà reçu des soins, consulté, été diagnostiqué ou eu des symptômes relatifs aux troubles suivants : (encerclez s'il y a lieu)**

Troubles des muscles, des os, des articulations, du dos ou du cou, des ligaments, entorse, tendinite, synovite, fracture, rhumatisme, arthrite, goutte, ostéoporose, arthrose, fibromyalgie, syndrome de douleurs chroniques, amputation, discopathie dégénérative, myasthénie grave, syndrome post-polio ou autres troubles musculosquelettiques?  Oui  Non

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

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

Page 12, section D, **question 8** (femme seulement)

a) Avez-vous déjà souffert de complications durant une grossesse (actuelle ou passée)?  Oui  Non  Non applicable  
Dans l'affirmative, donnez les détails :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b) Êtes-vous présentement enceinte?  Oui  Non  
Dans l'affirmative :

1. Date prévue de l'accouchement : \_\_\_\_\_

2. Nom du médecin traitant ou de votre travailleur de la santé : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

3. Quel était votre poids avant la grossesse? \_\_\_\_\_ lbs \_\_\_\_\_ kg

Signé à \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_<sup>e</sup> jour de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

**X** \_\_\_\_\_ **X** \_\_\_\_\_  
Signature de la personne à assurer Signature du propriétaire (si compagnie ou société, signataire autorisé)

**X** \_\_\_\_\_ **X** \_\_\_\_\_  
Signature du conseiller/témoin Nom du conseiller/témoin (en lettres moulées)

UV Assurance est une raison sociale et marque de commerce de L'Union-Vie, compagnie mutuelle d'assurance.