UV ASSURANCE

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'OPTION ADAPSANTÉ HYBRIDE

NOM :	PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE : _____/_____/_____ J M A	N° DE PROPOSITION OU DE POLICE :

1. Dans les 5 dernières années, avez-vous subi une chirurgie? ☐ Oui ☐ Non

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

a) fibrose kystique, démence, sénilité, dystrophie musculaire, chorée d'Huntington, myélite transverse ou autres troubles du cerveau ☐ Oui ☐ Non

b) Ischémie cérébrale transitoire (ICT), arythmie, hémophilie, hémochromatose, troubles des plaquettes, virus d'Epstein-Barr ☐ Oui ☐ Non

c) Schizophrénie, psychose, troubles alimentaires (boulimie, anorexie) ☐ Oui ☐ Non

d) Troubles des articulations (hanche, genou, épaule), amputation, ostéoarthrite, myasthénie grave, syndrome post-polio, discopathie dégénérative, sclérodermie ☐ Oui ☐ Non

3. 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? ☐ Oui ☐ Non

4. 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? ☐ Oui ☐ Non

5. Avez-vous besoin d'aide ou d'assistance pour faire une ou plusieurs des situations suivantes : se laver, s'alimenter, aller à la toilette, marcher, se déplacer, gérer sa continence, prendre des médicaments, faire le ménage, faire la lessive, magasiner, préparer les repas? ☐ Oui ☐ Non

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

Quest. N°	Date	Raison	Détails : test, résultats, traitement, durée, date de rétablissement, séquelle, Nom du médecin et hôpitaux consultés

6. Est-ce qu'un membre de votre famille (père, mère, frère ou sœur) a souffert d'une des maladies suivantes : fibrose kystique, hémophilie, dystrophie musculaire ou démence? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, nous fournir les détails (membre de la famille, maladie, âge au début de la maladie, âge actuel ou âge au décès et cause du décès) _____

7. Avez-vous pris des médicaments dans les 24 derniers mois? Si oui, complétez le tableau ci-dessous : ☐ Oui ☐ Non

Nom du médicament	Dosage et fréquence	Raison	Date début	Date fin

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 : _____

Je déclare que l'information ci-dessus est complète et véridique et qu'elle fera partie de ma proposition d'assurance auprès de **L'Union-Vie**

_____	**X**_____	**X**_____	**X**_____
DATE	SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER	SIGNATURE DU PROPRIÉTAIRE	TÉMOIN

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