

Proposition N° \_\_\_\_\_

**PARTIE I**

Nom de l'assuré(e) à la naissance \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Résident fiscal (autre pays que le Canada)    oui  non

Adresse \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Tél. (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Occupation \_\_\_\_\_ Employeur \_\_\_\_\_

L'assuré(e) travaille-t-il (elle) 12 mois par année ?    oui  non  Si non, pourquoi ? \_\_\_\_\_

**Depuis que cette proposition a été signée, est-ce que l'assuré(e) :**

- |                                                                                                                                                                                                                                                                        | oui                      | non                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. A soumis une proposition d'assurance à une autre compagnie ou à L'Union-Vie? <b>Si oui, montant d'assurance, compagnie et date d'émission :</b>                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. S'est fait refuser, modifier ou remettre à plus tard une proposition d'assurance-vie, maladies graves, invalidité ou une demande de remise en vigueur? <b>Détails...</b>                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. a) A fait ou a l'intention de faire des envolées aériennes autre qu'à titre de passager de lignes commerciales?<br><b>Si oui, compléter le questionnaire d'aviation.</b>                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Pratique ou a l'intention de pratiquer des sports comportant des risques particuliers, tels que plongée sous-marine, parachutisme, course automobile, vol à voile, moto, etc.?<br><b>Si oui, compléter le(s) questionnaire(s) approprié(s).</b>                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) A fait ou a l'intention de voyager ou de résider hors de l'Amérique du Nord?<br><b>Si oui, compléter le questionnaire voyage à l'étranger.</b>                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. a) A fait ou fait usage de boissons alcooliques? <b>Détails...</b>                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) A fait ou fait usage de drogues (marijuana, cocaïne, speed ou autres)?<br><b>Si oui, compléter le questionnaire d'usage de drogues.</b>                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. A consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé?<br><b>Si oui, fournir date, raison, résultat, nom du médecin et adresse.</b>                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. A déjà fait ou fait usage de médicaments?<br><b>Si oui, fournir raison, nom du médicament et posologie.</b>                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. A subi un test ou un examen ou est en investigation médicale pour un malaise, une douleur ou tout autre trouble de santé?<br><b>Si oui, fournir date, raison, test, traitement, nom du médecin ou hôpitaux.</b>                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Souffre ou a déjà souffert du Syndrome immunodéficient 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? <b>Détails...</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. a) A fait usage de tabac ou de dérivés du tabac (nicorettes, timbres nicotiniques), sous n'importe quelle forme incluant les cigarettes électroniques ou autre dans les 12 derniers mois? <b>Détails...</b>                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Quand avez-vous cessé l'utilisation de tabac ou de dérivés du tabac s'il y a lieu? ____/____/____                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. a) A des points d'inaptitudes à son dossier dd conduite automobiles? ou s'est fait révoquer son permis de conduire? <b>Détails...</b>                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) A eu des difficultés financières ou des accusations d'actes criminels ont été portés? <b>Détails...</b>                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Détails pour chacune des réponses où vous avez coché oui :**

**PARTIE I (SUITE DE LA PAGE 1)**

11. Taille (grandeur) : \_\_\_\_\_ pi. \_\_\_\_\_ po. \_\_\_\_\_ m. \_\_\_\_\_ cm. Poids : \_\_\_\_\_ lbs \_\_\_\_\_ kg

A eu une variation de poids depuis 1 an? Oui  Non  Détails : \_\_\_\_\_

12. Antécédents familiaux (remplir le tableau en entier pour chacun des membres de la famille même s'ils sont en bonne santé)

Parents	Condition (maladie)	Si applicable, âge au début de la maladie	Âge actuel	Si applicable, âge au décès	Cause du décès
Père					
Mère					
Frère(s)					
Sœur(s)					

→ Si le plan n'est pas ADAPSANTÉ (maladies graves), veuillez passer directement à la page 4 pour signatures.

**PARTIE II (À COMPLÉTER UNIQUEMENT POUR ADAPSANTÉ (MALADIES GRAVES))**

1) Depuis que cette proposition a été signée, est-ce que l'assuré(e) a consulté, a été diagnostiqué(e) ou a souffert des troubles suivants :

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>a) Troubles des oreilles, des yeux, nez ou gorge? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>b) Poumons, asthme, bronchite, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), crachement de sang, apnée du sommeil, sarcoïdose ou autres troubles respiratoires ou pulmonaires? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>c) Troubles systèmes nerveux, épilepsie, étourdissement, tremblements, convulsions, sclérose en plaques : névrite optique, engourdissement, picotement, perte d'équilibre, faiblesse des extrémités, trouble de la vue ou sensation de perte de la vue ou autres troubles neurologiques ou du cerveau? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>d) Troubles nerveux, déficit de l'attention, hyperactivité, dépression, angoisse, anxiété, burn-out, épuisement professionnel, troubles de panique, idée ou tentative suicidaire ou autres troubles psychiatriques, émotifs ou mentaux? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>e) Troubles du cœur ou des vaisseaux sanguins : douleurs thoraciques, palpitations, hypertension, fièvre rhumatismale, souffle cardiaque, accident vasculaire cérébral (AVC), cholestérol élevé, ischémie cérébrale transitoire (ICT) angine, anomalie des valves, pontage, thrombophlébite ou autres maladies du cœur ou chirurgie cardiaque? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>f) Troubles des organes abdominaux : saignements, colite ulcéreuse, maladie de crohn, hépatite de tout type, porteur hépatite, stéatose, polype, diverticulite ou autres maladies du foie, de l'estomac ou des intestins? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> | <p>g) Troubles des reins, de la vessie ou des organes génitaux : sucre, sang ou protéines dans les urines, pierre, hypertrophie de la prostate, insuffisance rénale, hystérectomie, cellules précancéreuses au col de l'utérus ou autres troubles des reins, vessie ou des organes génitaux? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>h) Troubles du sang ou des glandes : diabète, troubles de la glande thyroïde, de l'hypophyse, troubles des glandes lymphatiques, anémie, troubles de coagulation, hémochromatose, affections cutanées, lupus ou autres troubles des glandes, du sang ou de la peau? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>i) Troubles musculo-squelettiques : paralysie, troubles du dos, du cou, des muscles, des os, des articulations, des tendons, des ligaments, douleurs au dos, rhumatisme, arthrite, goutte, ostéoporose, arthrose, fibromyalgie ou autres troubles de l'appareil locomoteur? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>j) Tumeur bénigne ou maligne, kyste, grain de beauté, cancer, tumeur, masse, lésion cutanée, nodule, nevus ou a subi des traitements de radiothérapie ou de chimiothérapie? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>k) Maladie génétique, maladie incurable, handicap physique ou mental incluant déficience intellectuelle? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>l) Souffre-t-il (elle) d'une maladie, d'un syndrome ou d'un trouble non mentionné dans les questions précédentes? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**VEUILLEZ COMPLÉTER LE TABLEAU CI-DESSOUS POUR CHACUNE DES RÉPONSES OÙ VOUS AVEZ COCHÉ OUI.**

Question no.	Date	Raison	Détails : tests, résultats, traitement, date de rétablissement, séquelle, nom du médecin ou hôpitaux consultés

**PARTIE II (SUITE DE LA PAGE 2)**

2) Est-ce que l'assuré(e) a 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?

Oui  Non  Si oui, détails : \_\_\_\_\_

3) Est-ce que l'assuré(e) a eu connaissance de quelque symptôme ou malaise pour lequel il (elle) n'a pas encore consulté un médecin ou reçu un traitement?

Oui  Non  Si oui, détails : \_\_\_\_\_

4) Veuillez inscrire la date, raison et résultat de la dernière consultation médicale de l'assuré(e) (inclure nom du médecin et adresse) :

Date : \_\_\_\_\_ Raison : \_\_\_\_\_ Résultat : \_\_\_\_\_

Nom du médecin et adresse :

CONSERVER CETTE PARTIE



**Reçu d'avis de prise de renseignements d'ordre  
personnel et consentement à cette prise de renseignements**

Police N° : \_\_\_\_\_

Un des principaux objectifs de L'Union-Vie, Compagnie d'assurance sur la vie est de procurer de l'assurance à un coût modique. L'étude (évaluation) des risques est nécessaire non seulement pour conserver la modicité de ce coût mais aussi pour que chaque assuré contribue sa juste part du coût. Pour l'étude de votre demande, nous devons obtenir des renseignements provenant de diverses sources. Ces renseignements nous sont donnés par votre examen médical, s'il est requis, et par tout rapport que nous pourrions recevoir des médecins qui vous ont soigné et d'hôpitaux où vous avez séjourné, et par des rapports comportant des renseignements d'ordre personnel ou relatifs à votre solvabilité.

Les renseignements sur votre assurabilité sont traités comme confidentiels, mais nous pouvons cependant transmettre un bref rapport au MIB Inc., organisme sans but lucratif de centralisation et d'échange de renseignements à l'intention des compagnies d'assurance-vie qui en sont membres. Si vous faites une demande d'assurance-vie ou d'assurance-maladie ou si vous présentez une demande d'indemnités à une compagnie membre du MIB Inc., celui-ci fournit à cette compagnie, sur demande, les renseignements qu'il possède sur vous.

Si vous en faites la demande, le MIB Inc. communiquera tout renseignement qu'il possède sur vous. Si vous n'êtes pas d'accord avec les renseignements que le MIB Inc. possède sur vous, vous pouvez en demander la correction. L'adresse du MIB Inc. est la suivante : 330, av. Université Suite 501, Toronto (Ontario) M5G 1R7 – Tél. : (416) 597-0590. Site web : [www.mib.com](http://www.mib.com)

Nous pouvons aussi sur demande communiquer nos renseignements aux compagnies d'assurance sur la vie à qui vous présentez une demande d'assurance-vie ou d'assurance-maladie, ou une demande d'indemnités. Le MIB Inc. a pour but d'éviter à ses membres et à leurs porteurs de police des frais additionnels occasionnés par un petit nombre de personnes dissimulant des faits relatifs à leur assurabilité. Les renseignements fournis par le MIB Inc. peuvent amener la compagnie d'assurance à faire une enquête plus approfondie, mais les règlements mêmes de celui-ci interdisent de faire l'évaluation d'un risque sur la base des renseignements qu'il fournit. Le MIB Inc. n'est pas dépositaire de rapport d'hôpitaux, ni de médecins, et les renseignements qu'il possède n'indiquent pas si une proposition d'assurance a été acceptée à tarif normal ou moyennant surprimes, ni si elle a été refusée.

**CONVENTION RELATIVE À LA CONSTITUTION D'UN DOSSIER PERSONNEL**

Les renseignements personnels que UV Assurance 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 autres services complémentaires qu'elle offre. Ils ne seront consultés que par les employés de UV Assurance 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 à UV Assurance C.P. 696, Drummondville, Québec J2B 6W9.

**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'assurances 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 UV Assurance ou à ses réassureurs sur demande.

De même, nous autorisons UV Assurance 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 UV Assurance 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 et que UV Assurance fasse un bref rapport de nos renseignements médicaux personnels au MIB Inc.

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.

**DÉCLARATION**

Nous, soussignés, la personne à assurer et le propriétaire, certifions avoir pris connaissance de toutes les questions contenues dans cette déclaration. 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 suite à cette déclaration d'assurabilité.

Nous convenons que l'assurance prend effet dès l'acceptation par la Compagnie de la déclaration pour autant que cette dernière ait été acceptée sans modification, que les primes aient été payées et qu'aucun changement ne soit intervenu dans l'assurabilité de la personne à assurer depuis la signature de cette déclaration.

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

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

Signé à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ 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 / TÉMOIN (Autre que le bénéficiaire)**

X \_\_\_\_\_  
**SIGNATURE DU PÈRE, DE LA MÈRE OU DU TUTEUR LÉGAL  
(Si la personne à assurer est mineure)**

**RÉSERVÉ AU SIÈGE SOCIAL**

À la suite de la production de preuves d'assurabilité de l'assuré(e), du conjoint et/ou du propriétaire et moyennant le paiement de toutes les primes échues et non payées à ce jour, L'Union-Vie, Compagnie mutuelle d'assurance-vie, atteste que la police précédemment mentionnée est remise en vigueur.

Accepté à Drummondville, ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_  
**SIGNATAIRE AUTORISÉ DE LA COMPAGNIE**