

Questionnaire 2 – Avenant Assurance dette

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 – Avenant Assurance dette (invalidité) | Émission express

- | | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Êtes-vous présentement actif au travail à temps plein (minimum de 20 heures/semaine et 9 mois/année) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Pratiquez-vous une profession non admissible ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Avez-vous déjà consulté, reçu des soins, été traité, été diagnostiqué, eu des symptômes ou êtes-vous présentement sous traitement pour les troubles suivants : angine de poitrine, crise cardiaque (infarctus du myocarde), accident vasculaire cérébral (AVC), accident ischémique transitoire (AIT), anévrisme, maladie coronarienne, pontage coronarien, angioplastie, insertion d'un tuteur (stent), pacemaker ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Avez-vous déjà consulté, reçu des soins, été traité, été diagnostiqué, eu des symptômes ou êtes-vous présentement sous traitement pour tout type de cancer (excluant un carcinome basocellulaire) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous déjà consulté, reçu des soins, été traité, été diagnostiqué, eu des symptômes ou êtes-vous présentement sous traitement pour les troubles suivants : | | |
| a) Anxiété, dépression, trouble d'adaptation, fatigue chronique, angoisse, trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, trouble du choc post-traumatique, épuisement professionnel, trouble de panique, trouble de l'alimentation (anorexie, boulimie) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Schizophrénie, psychose, idées suicidaires ou tentative de suicide ou tous autres troubles nerveux ou psychiatriques ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Trouble dorsaux : | | |
| ▶ Troubles dorsaux (colonne cervicale, dorsale, lombaire, lombo-sacrée) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Discopathie dégénérative | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Entorse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Hernie discale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Coup de fouet (<i>whiplash</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Fracture d'une vertèbre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Déplacement de vertèbres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Autres troubles dorsaux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Précisez _____ | | |
| d) Troubles musculosquelettiques : | | |
| ▶ Troubles des muscles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Troubles des os | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Troubles des articulations | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Fracture | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Ligament | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Rhumatisme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Arthrite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Non

Si vous avez répondu NON à TOUTES les questions de cette section, vous êtes admissible à l'Avenant Assurance dette en Émission express.

Vous pouvez soumettre votre demande en incluant la Section 4 – Signatures.

Oui

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions, votre dossier ira en analyse.

Veillez soumettre la proposition en incluant la Section 4- Signatures. Une décision vous sera transmise sous peu.

	Oui	Non
▶ Ostéo-arthrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ Goutte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ Ostéoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ Fibromyalgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ Syndrome de douleur chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ Amputation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ Myasthénie grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ Syndrome post-polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ Autres troubles musculosquelettiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez _____		
e) Diabète de type 1 ou de type 2, colite ulcéreuse, maladie de Crohn, sclérose en plaques, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), épilepsie, paralysie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Maladie de coagulation et/ou prise d'anticoagulant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Avez-vous fait une demande de prestation ou reçu des prestations d'invalidité ou une compensation ou encore demandé un supplément d'aide à la suite de blessure, de maladie ou d'un handicap ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, répondre à la question a) et b)		
a) Quand cela a-t-il eu lieu ?		
<input type="checkbox"/> 0 - 12 mois <input type="checkbox"/> 13 - 24 mois <input type="checkbox"/> 25 - 36 mois <input type="checkbox"/> Plus de 36 mois		
b) Durée de l'invalidité ?		
<input type="checkbox"/> 0 - 30 jours <input type="checkbox"/> 31 - 90 jours <input type="checkbox"/> 91 - 120 jours <input type="checkbox"/> Plus de 120 jours		
7. Dans les six (6) derniers mois :		
a) Est-ce qu'un ou plusieurs médicaments ont été modifiés (ajout ou remplacement, hausse ou baisse du dosage) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, répondre à la question :		
▶ Veuillez indiquer la ou les modification(s) :		
<input type="checkbox"/> Ajout de médicament <input type="checkbox"/> Remplacement de médicament		
<input type="checkbox"/> Hausse de dosage <input type="checkbox"/> Baisse de dosage		
Si baisse de dosage, répondre ces questions :		
▶ Est-ce que la baisse du dosage a été recommandée par un professionnel de la santé en raison d'un mauvais contrôle de la condition médicale ou d'effets secondaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ Est-ce que la baisse du dosage a été recommandée par un professionnel de la santé en raison d'un excellent contrôle de la condition médicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Avez-vous cessé un ou plusieurs médicament(s) sans qu'un professionnel de la santé vous ait conseillé de le faire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Avez-vous consulté ou avez-vous été hospitalisé dans un centre de soins de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Section 3 – Avenant Assurance dette (invalidité) - Sélection immédiate

	Oui	Non
1. Êtes-vous présentement actif au travail à temps plein (minimum de 20 heures/semaine et 9 mois/année) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pratiquez-vous une profession non admissible ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avez-vous déjà consulté, reçu des soins, été traité, été diagnostiqué, eu des symptômes ou êtes-vous présentement sous traitement pour les troubles suivants : angine de poitrine, crise cardiaque (infarctus du myocarde), accident vasculaire cérébral (AVC), accident ischémique transitoire (AIT), anévrisme, maladie coronarienne, pontage coronarien, angioplastie, insertion d'un tuteur (stent), pacemaker ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Non

Si vous avez répondu NON à TOUTES les questions de cette section, vous êtes admissible à l'Avenant Assurance dette en Sélection immédiate.

Vous pouvez soumettre votre demande en incluant la Section 4 – Signatures.

Oui

Si vous avez répondu OUI à l'une des questions, votre dossier ira en analyse. Veuillez soumettre la proposition en incluant la Section 4 – Signatures. Une décision devrait vous parvenir sous peu.

4. Avez-vous déjà consulté, reçu des soins, été traité, été diagnostiqué, eu des symptômes ou êtes-vous présentement sous traitement pour tout type de cancer (excluant un carcinome basocellulaire) ?

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

a) Date du diagnostic ?

b) Précisez le type de cancer _____

c) Avez-vous eu des métastases et/ou ganglions atteints, deux types de cancer différents ou une récurrence d'un cancer ?

d) Avez-vous reçu des traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie ?

5. 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 relativement aux troubles suivants :

a) Anxiété, dépression, trouble d'adaptation, fatigue chronique, angoisse, trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, trouble du choc post-traumatique, épuisement professionnel, trouble de panique, trouble de l'alimentation (incluant mais ne se limitant pas à l'anorexie ou la boulimie) ?

Si oui, répondre à ces questions :

► Combien d'épisodes avez-vous eus ?

Un (1) seul 2 - 3 Plus de trois (3)

► Êtes-vous toujours sous traitement ?

Si non, répondre à la question :

► Depuis combien de temps avez-vous cessé votre traitement ?

0 - 5 ans 6 - 10 ans 10 ans

b) Schizophrénie, psychose, maladie bipolaire, idées suicidaires ou tentative de suicide ou tous autres troubles nerveux ou psychiatriques ?

6. Au cours des sept (7) dernières années, avez-vous consulté, reçu des soins, été traité, été diagnostiqué, eu des symptômes ou êtes-vous présentement sous traitement relativement aux troubles suivants :

a) Troubles dorsaux

	Troubles dorsaux (colonne cervicale, dorsale, lombaire, lombo-sacrée)		Discopathie dégénérative		Entorse		Hernie discale	
	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 :								
Date du diagnostic ?	<input type="checkbox"/> 0 - 1 an		<input type="checkbox"/> 0 - 1 an		<input type="checkbox"/> 0 - 1 an		<input type="checkbox"/> 0 - 1 an	
	<input type="checkbox"/> 2 - 3 ans		<input type="checkbox"/> 2 - 3 ans		<input type="checkbox"/> 2 - 3 ans		<input type="checkbox"/> 2 - 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	
	<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans		<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans		<input type="checkbox"/> 6 - à 7 ans		<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Avez-vous des limitations ou des séquelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une chirurgie a-t-elle été pratiquée ou une chirurgie est-elle recommandée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous présentement sous traitement (incluant mais ne se limitant pas à médication, physiothérapie, massothérapie (autre que pour le bien-être), ostéopathie, chiropractie, kinésithérapie) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

a) Troubles dorsaux (suite)

	Coup de fouet (whiplash)		Fracture		Déplacement de vertèbres		Autres troubles dorsaux Précisez :	
	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 :								
Date du diagnostic ?	<input type="checkbox"/> 0 - 1 an		<input type="checkbox"/> 0 - 1 an		<input type="checkbox"/> 0 - 1 an		<input type="checkbox"/> 0 - 1 an	
	<input type="checkbox"/> 2 - 3 ans		<input type="checkbox"/> 2 - 3 ans		<input type="checkbox"/> 2 - 3 ans		<input type="checkbox"/> 2 - 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	
	<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans		<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans		<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans		<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Avez-vous des limitations ou des séquelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une chirurgie a-t-elle été pratiquée ou une chirurgie est-elle recommandée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous présentement sous traitement (incluant mais ne se limitant pas à médication, physiothérapie, massothérapie (autre que pour le bien-être), ostéopathie, chiropractie, kinésithérapie) ?	<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) Troubles musculosquelettiques

	Troubles des muscles		Troubles des os		Troubles des articulations		Fracture	
	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 :								
Date du diagnostic ?	<input type="checkbox"/> 0 - 1 an		<input type="checkbox"/> 0 - 1 an		<input type="checkbox"/> 0 - 1 an		<input type="checkbox"/> 0 - 1 an	
	<input type="checkbox"/> 2 - 3 ans		<input type="checkbox"/> 2 - 3 ans		<input type="checkbox"/> 2 - 3 ans		<input type="checkbox"/> 2 - 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	
	<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans		<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans		<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans		<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Avez-vous des limitations ou des séquelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une chirurgie a-t-elle été pratiquée ou une chirurgie est-elle recommandée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous présentement sous traitement (incluant mais ne se limitant pas à médication, physiothérapie, massothérapie (autre que pour le bien-être), ostéopathie, chiropractie, kinésithérapie) ?	<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) Troubles musculosquelettiques (suite)

	Ligament		Rhumatisme		Arthrite		Ostéo-arthrite	
	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 :								
Date du diagnostic ?	<input type="checkbox"/> 0 - 1 an		<input type="checkbox"/> 0 - 1 an		<input type="checkbox"/> 0 - 1 an		<input type="checkbox"/> 0 - 1 an	
	<input type="checkbox"/> 2 - 3 ans		<input type="checkbox"/> 2 - 3 ans		<input type="checkbox"/> 2 - 3 ans		<input type="checkbox"/> 2 - 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	
	<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans		<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans		<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans		<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Avez-vous des limitations ou des séquelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une chirurgie a-t-elle été pratiquée ou une chirurgie est-elle recommandée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous présentement sous traitement (incluant mais ne se limitant pas à médication, physiothérapie, massothérapie (autre que pour le bien-être), ostéopathie, chiropractie, kinésithérapie) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Date du diagnostic ?

Avez-vous des limitations ou des séquelles ?

Une chirurgie a-t-elle été pratiquée ou une chirurgie est-elle recommandée ?

Êtes-vous présentement sous traitement (incluant mais ne se limitant pas à médication, physiothérapie, massothérapie (autre que pour le bien-être), ostéopathie, chiropractie, kinésithérapie) ?

	Goutte		Ostéoporose		Fibromyalgie		Syndrome de douleur chronique	
	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 :								
Date du diagnostic ?	<input type="checkbox"/> 0 - 1 an		<input type="checkbox"/> 0 - 1 an		<input type="checkbox"/> 0 - 1 an		<input type="checkbox"/> 0 - 1 an	
	<input type="checkbox"/> 2 - 3 ans		<input type="checkbox"/> 2 - 3 ans		<input type="checkbox"/> 2 - 3 ans		<input type="checkbox"/> 2 - 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	
	<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans		<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans		<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans		<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Avez-vous des limitations ou des séquelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une chirurgie a-t-elle été pratiquée ou une chirurgie est-elle recommandée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous présentement sous traitement (incluant mais ne se limitant pas à médication, physiothérapie, massothérapie (autre que pour le bien-être), ostéopathie, chiropractie, kinésithérapie) ?	<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) Troubles musculosquelettiques (suite)	Amputation		Myasthénie grave		Syndrome post-polio		Autres troubles musculosquelettiques Précisez :	
	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 :								
Date du diagnostic ?	<input type="checkbox"/> 0 - 1 an	<input type="checkbox"/> 0 - 1 an	<input type="checkbox"/> 0 - 1 an	<input type="checkbox"/> 0 - 1 an	<input type="checkbox"/> 0 - 1 an	<input type="checkbox"/> 0 - 1 an	<input type="checkbox"/> 0 - 1 an	<input type="checkbox"/> 0 - 1 an
	<input type="checkbox"/> 2 - 3 ans	<input type="checkbox"/> 2 - 3 ans	<input type="checkbox"/> 2 - 3 ans	<input type="checkbox"/> 2 - 3 ans	<input type="checkbox"/> 2 - 3 ans	<input type="checkbox"/> 2 - 3 ans	<input type="checkbox"/> 2 - 3 ans	<input type="checkbox"/> 2 - 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	<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans	<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans	<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans	<input type="checkbox"/> 4 - 5 ans
	<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans	<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans	<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans	<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans	<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans	<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans	<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans	<input type="checkbox"/> 6 - 7 ans
Avez-vous des limitations ou des séquelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une chirurgie a-t-elle été pratiquée ou une chirurgie est-elle recommandée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous présentement sous traitement (incluant mais ne se limitant pas à médication, physiothérapie, massothérapie (autre que pour le bien-être), ostéopathie, chiropractie, kinésithérapie) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Oui Non

6. Au cours des sept (7) dernières années, avez-vous consulté, reçu des soins, été traité, été diagnostiqué, eu des symptômes ou êtes-vous présentement sous traitement relativement aux troubles suivants : (suite)

- c) Diabète de type 1 ou de type 2, colite ulcéreuse, maladie de Crohn, sclérose en plaques, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), épilepsie, paralysie, maladies du motoneurone ?
- d) Maladie de coagulation et/ou prise d'anticoagulant ?

7. Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous reçu un traitement de physiothérapie, massothérapie, ostéopathie, kinésithérapie, chiropractie ou psychothérapie (autre que pour le bien-être) ou consulté un travailleur social ?

Si oui, répondre à la question a)

- a) Quelle était la condition ?
- ▶ Troubles des muscles
 - ▶ Troubles des os
 - ▶ Troubles des articulations
 - ▶ Ligament
 - ▶ Troubles dorsaux (colonne cervicale, dorsale, lombaire, lombo-sacrée)
 - ▶ Discopathie dégénérative
 - ▶ Entorse
 - ▶ Hernie discale
 - ▶ Coup de fouet (*whiplash*)
 - ▶ Déplacement de vertèbres
 - ▶ Tous autres troubles musculosquelettiques ou de la colonne vertébrale
 - ▶ Stress
 - ▶ Anxiété
 - ▶ Épuisement professionnel (*burnout*)
 - ▶ Dépression
 - ▶ Tous autres troubles émotionnels

Oui Non

8. Avez-vous fait une demande de prestation ou reçu des prestations d'invalidité ou une compensation ou encore demandé un supplément d'aide à la suite de blessure, de maladie ou d'un handicap ?

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

a) Quand cela a-t-il eu lieu ?

0 - 12 mois 13 - 24 mois 25 - 36 mois Plus de 36 mois

b) Durée de l'invalidité ?

0 - 30 jours 31 - 90 jours 91 - 120 jours Plus de 120 jours

9. Dans les six (6) derniers mois :

a) Est-ce qu'un ou plusieurs médicament(s) ont été modifiés (ajout ou remplacement, hausse ou baisse du dosage) ?

Si oui, répondre à la question :

► Veuillez indiquer la ou les modification(s) :

Ajout de médicament Remplacement de médicament

Hausse de dosage Baisse de dosage

Si baisse de dosage, répondre à ces questions :

► Est-ce que la modification du dosage a été recommandée par un professionnel de la santé en raison d'un mauvais contrôle de la condition médicale ?

► Est-ce que la baisse du dosage a été recommandée par un professionnel de la santé en raison d'un excellent contrôle de la condition médicale ?

b) Avez-vous cessé un ou plusieurs médicament(s) sans qu'un professionnel de la santé vous ait conseillé de le faire ?

c) Avez-vous consulté ou avez-vous été hospitalisé dans un centre de soins de santé ?

10. Au cours des dix (10) 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 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 ?

! 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 4 – 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