

Questionnaire 3 – Protections complémentaires

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)

N° de proposition _____

Enfant(s)	Nom, prénom	Né(e) le	Taille		Poids		Sexe	Niveau de scolarité	Lien avec le propriétaire du contrat
			pi. po.	m. cm	lb	kg			
1		J J M M A A A A					<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F		
2		J J M M A A A A					<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F		
3		J J M M A A A A					<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F		
4		J J M M A A A A					<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F		

Section 2 – Avenant enfant (assurance vie)

	Enfant n° 1		Enfant n° 2		Enfant n° 3		Enfant n° 4	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
1. Une proposition sur l'enfant à assurer a-t-elle déjà été refusée, reportée ou modifiée de quelque façon que ce soit ?	<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. Si l'enfant à assurer est âgé de moins de 12 mois, est-il né prématurément de plus de quatre (4) semaines ? (Si l'enfant est âgé de 12 mois ou plus, cochez 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"/>
3. L'enfant à assurer est-il atteint de : fibrose kystique, paralysie cérébrale, dystrophie musculaire, déficience intellectuelle, autisme, syndrome d'Asperger, trouble envahissant du développement (TED) ou trisomie 21 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. L'enfant à assurer est-il atteint d'une maladie nécessitant un traitement quotidien ou hebdomadaire et/ou des suivis médicaux réguliers autres que : trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/TDAH), asthme, otite, rhume, grippe ou affections bénignes de la peau ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Au cours des six (6) derniers mois :								
a) L'enfant à assurer a-t-il été hospitalisé ?	<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) Un professionnel de la santé a-t-il fait mention de résultats anormaux suite à un test diagnostique chez l'enfant à assurer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Un professionnel de la santé a-t-il conseillé à l'enfant à assurer de subir un test diagnostique, un test spécial ou une chirurgie, quelle qu'elle soit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Un professionnel de la santé a-t-il conseillé à l'enfant à assurer de consulter un autre médecin, un spécialiste, ou de subir une investigation médicale qui n'a pas encore été faite ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Non

Si vous avez répondu NON à TOUTES les questions pour TOUS, le(s) enfant(s) pourrai(en)t être admissible(s) si la taille et le poids correspondent aux courbes de croissance normales pour l'âge.

Vous pouvez soumettre votre demande en incluant la **Section 7 – Signatures**.

Oui

Si vous avez répondu OUI à l'une des questions, votre dossier ira en analyse. Une décision devrait vous parvenir sous peu.

Vous pouvez soumettre votre demande en incluant la **Section 7 – Signatures**.

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

Section 3 – 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 4 – Exonération des primes (E.P. et E.P.I.D.)

Oui Non

1. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous reçu des soins, consulté, été traité, été diagnostiqué ou eu des symptômes relatifs aux 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) ? Oui Non
- b)** Schizophrénie, psychose, idées suicidaires ou tentative de suicide ou tout autre trouble nerveux ou psychiatrique ? Oui Non
- c) Trouble dorsaux :**
- ▶ Troubles dorsaux (colonne cervicale, dorsale, lombaire, lombo-sacrée) Oui Non
 - ▶ Discopathie dégénérative Oui Non
 - ▶ Entorse Oui Non
 - ▶ Hernie discale Oui Non
 - ▶ Coup de fouet (*whiplash*) Oui Non
 - ▶ Fracture d'une vertèbre Oui Non
 - ▶ Déplacement de vertèbres Oui Non
 - ▶ Autres troubles dorsaux Oui Non
- Précisez _____
- d) Troubles musculosquelettiques :**
- ▶ Troubles des muscles Oui Non
 - ▶ Troubles des os Oui Non
 - ▶ Troubles des articulations Oui Non
 - ▶ Fracture Oui Non
 - ▶ Ligament Oui Non
 - ▶ Rhumatisme Oui Non
 - ▶ Arthrite Oui Non
 - ▶ Ostéo-arthrite Oui Non
 - ▶ Goutte Oui Non
 - ▶ Ostéoporose Oui Non
 - ▶ Fibromyalgie Oui Non
 - ▶ Syndrome de douleur chronique Oui Non
 - ▶ Amputation Oui Non
 - ▶ Myasthénie grave Oui Non
 - ▶ Syndrome post-polio Oui Non
 - ▶ Autres troubles musculosquelettiques Oui Non
- 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 ? Oui Non
- f)** Maladie de coagulation et/ou prise d'anticoagulant ? Oui Non

Non

Si vous avez répondu NON à TOUTES les questions, vous êtes admissible à cette protection complémentaire.

Vous pouvez soumettre votre demande en incluant la **Section 7 – Signatures**.

Oui

Si vous avez répondu OUI à l'une des questions, votre dossier ira en analyse. Une décision devrait vous parvenir sous peu.

Vous pouvez soumettre votre demande en incluant la **Section 7 – Signatures**.

	Oui	Non
2. 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 de 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		
3. 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 à 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"/>

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

Section 5 – Information sur l'assuré(e)

- N° de proposition _____
- Prénom _____ Nom _____
- Date de naissance

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

Section 6 – Arrêt de paiement des primes en cas de perte d'emploi (A.P.E.)

	Oui	Non
1. Occupez-vous votre emploi actuel depuis moins de 12 mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Votre emploi est-il saisonnier ou à temps partiel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Travaillez-vous pour l'entreprise dont vous êtes propriétaire ou travaillez-vous pour votre conjoint(e) ou un membre de votre famille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


Non

Si vous avez répondu NON à TOUTES les questions, vous êtes admissible à cette protection complémentaire.

Vous pouvez soumettre votre demande en incluant la **Section 7 – Signatures**.

Oui

Si vous avez répondu OUI à l'une ou plusieurs des questions de cette section, vous n'êtes pas admissible à cette protection complémentaire.

 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 7 – 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 _____

X _____ **X** _____
Signature de la personne à assurer (si 14 ans et plus) Signature du propriétaire 1* (si personne morale, signataire autorisé)

X _____ **X** _____
Signature de la personne à assurer (si 14 ans et plus) Signature du propriétaire 2* (si personne morale, signataire autorisé)

X _____ **X** _____
Signature du père, de la mère ou du tuteur (si la personne à assurer est mineure) Signature du conseiller

* Signature obligatoire pour Section 4 – Exonération des primes (E.P. et E.P.I.D.) et/ou Section 5 – Arrêt de paiement des primes en cas de perte d'emploi (A.P.E.)