

Aide-mémoire

Questionnaire d'admissibilité | Émission simplifiée

Avenant Assurance dette et exonération des primes (E.P. et E.P.I.D.)

Légende
des types d'émissions



Express
50 001 \$ à 150 000 \$

Questions d'admissibilité



1. Êtes-vous présentement actif au travail à temps plein (minimum de 20 heures/semaine et 9 mois/année)?	●
2. Pratiquez-vous une profession non admissible? (veuillez vous référer à la liste disponible ici.)	●
3. Avez-vous déjà reçu des soins, consulté, été diagnostiqué ou eu des symptômes relatifs aux troubles suivants : angine de poitrine, crise cardiaque (infarctus du myocarde), accident vasculaire cérébrale (AVC), accident ischémique transitoire (AIT), anévrisme, maladie coronarienne, pontage coronarien, angioplastie, insertion d'un tuteur (stent), pacemaker?	●
4. Avez-vous déjà reçu des soins, consulté, été diagnostiqué ou eu des symptômes pour tout type de cancer (exclusion le carcinome basocellulaire)?	●
5. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous reçu des soins, consulté, 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)	●
b) Schizophrénie, psychose, idées suicidaires ou tentative de suicide ou tout autre trouble nerveux ou psychiatrique	●
c) Troubles dorsaux	Si oui, transféré en analyse
d) Troubles musculosquelettiques	Si oui, transféré en analyse
e) Diabète de type 1 ou de type 2, colite ulcéreuse, maladie de Crohn, sclérose en plaques, maladie respiratoire chronique, épilepsie, paralysie.	●
f) Maladie de coagulation et/ou prise d'anticoagulant	●
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 de handicap?	Si oui, transféré en analyse
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)?	Si oui, transféré en analyse
b) Avez-vous cessé un ou plusieurs médicaments sans que votre médecin vous ait conseillé de le faire?	●
c) Avez-vous consulté ou avez-vous été hospitalisé dans un centre de soins de santé?	●

Ce questionnaire ne remplace en aucun cas la déclaration requise dans la proposition électronique et ne peut être en aucun être utilisé dans une proposition d'assurance. Veuillez utiliser la proposition électronique pour déterminer l'admissibilité du client.

Pour toutes questions, n'hésitez pas à nous contacter par courriel au ind.conseiller@uvassurance.ca ou par téléphone au 1-800-567-0988, poste 2062.