

Questionnaire 4 – Émission simplifiée | Enfants de 15 jours à 15 ans

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 – Questionnaire pour enfant

	Oui	Non
1. L'enfant à assurer fréquente-t-il un établissement scolaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, répondre à ces questions :		
a) Dans quel système scolaire étudie l'enfant à assurer?		
<input type="checkbox"/> Système scolaire québécois <input type="checkbox"/> Système scolaire canadien		
b) Quel est le niveau scolaire de l'enfant à assurer?		
2. Au cours des six (6) derniers mois :		
a) L'enfant à assurer a-t-il été hospitalisé?	<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"/>
3. Au cours des douze (12) derniers mois :		
a) 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 et qui n'a pas encore été faite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Un professionnel de la santé a-t-il conseillé à l'enfant à assurer de consulter un autre professionnel de la santé, un spécialiste, ou de subir une investigation médicale qui n'a pas encore été faite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. L'enfant à assurer a-t-il déjà reçu des soins, consulté, été diagnostiqué ou eu des symptômes relatifs aux troubles suivants :		
a) Tout type de cancer incluant leucémie, lymphome, tumeur maligne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Fibrose kystique, paralysie cérébrale, dystrophie musculaire, déficience intellectuelle, autisme, syndrome d'Asperger, trouble envahissant du développement (TED), trisomie 21?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Cardiopathie congénitale, malformation cardiaque congénitale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Épilepsie, diabète, arthrite juvénile?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Cholestérol élevé ou cholestérol familial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) L'enfant à assurer est-il sur une liste d'attente de dons d'organes et/ou de moelle osseuse ou a-t-il reçu un don d'organe et/ou de moelle osseuse (excluant les greffes cornéennes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. L'enfant à assurer a-t-il déjà reçu des soins, consulté ou été diagnostiqué du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), affection reliée au SIDA ou toute autre déficience du système immunitaire ou subit une investigation indiquant la présence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou d'anticorps au VIH?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Produits disponibles

Vie Entière Valeurs Élevées et L'Adaptable

Émission express
50 001 \$ à 150 000 \$

Juvénile 30/100

Émission express
100 000 \$

Non

Si vous avez répondu NON aux questions #2 à #9, l'enfant est admissible à l'assurance demandée.

Vous pouvez soumettre votre demande en incluant la **Section 3 – Signatures**.

Oui

Si vous avez répondu OUI à l'une ou plusieurs des questions #2 à #9, l'enfant n'est pas admissible à cette demande d'assurance.

Oui Non

6. Est-ce qu'un membre de la famille immédiate (père, mère, frère ou sœur) de l'enfant à assurer a souffert ou souffre des troubles suivants :
- a) Maladie cérébrovasculaire ou maladie cardiovasculaire diagnostiquée avant l'âge de 40 ans ? Oui Non
 - b) Maladie polykystique des reins ? Oui Non
 - c) Sclérose en plaques diagnostiquée avant l'âge de 50 ans ? Oui Non
7. Au cours des douze (12) derniers mois, le poids de l'enfant à assurer a-t-il diminué de 10 % ou plus sans avoir suivi intentionnellement une diète ? Oui Non
8. Au cours des douze (12) prochains mois, l'enfant à assurer prévoit-il voyager à l'extérieur de l'Amérique du Nord, des Caraïbes (excluant Haïti), du Royaume-Uni ou de l'Union européenne pour plus de douze (12) semaines ? Oui Non
9. Selon la taille de l'enfant à assurer, son poids est-il hors de l'intervalle de valeurs indiquée dans le tableau ci-dessous ? Oui Non

Note : Pour les enfants de 0 à 12 mois, il n'y a aucune restriction de taille et poids.

Taille		Poids	
Pouces	Centimètres (cm)	Livres (lb)	Kilogrammes (kg)
28" - 31"	71 - 80	13 - 30	6 - 14
32" - 35"	81 - 90	17 - 39	8 - 18
36" - 39"	91 - 101	22 - 48	10 - 22
40" - 43"	102 - 111	28 - 59	13 - 27
44" - 47"	112 - 121	35 - 70	16 - 32
48" - 49"	122 - 126	42 - 119	19 - 54
50" - 51"	127 - 131	46 - 125	21 - 57
52" - 53"	132 - 136	50 - 136	23 - 62
54" - 55"	137 - 141	55 - 139	25 - 63
56" - 57"	142 - 146	61 - 145	28 - 66
58" - 59"	147 - 151	66 - 152	30 - 69
60" - 61"	152 - 156	70 - 161	32 - 73
62" - 63"	157 - 162	79 - 167	36 - 76
64" - 65"	163 - 167	90 - 178	41 - 81
66" - 67"	168 - 172	97 - 189	44 - 86
68" - 69"	173 - 177	103 - 198	47 - 90
70" - 71"	178 - 182	110 - 211	50 - 96
72" - 73"	183 - 187	116 - 220	53 - 100
74" - 75"	188 - 192	123 - 231	56 - 104
76" et +	193 et +	132 - 242	60 - 110

! 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 3 – 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 _____ **X** _____
 Signature de la personne à assurer (si 14 ans et plus) Signature du propriétaire 1 (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 propriétaire 2 (si personne morale, signataire autorisé)

X _____
 Signature du conseiller