

Remplissez ce questionnaire pour les protections complémentaires qui répondent aux conditions suivantes :

Avenant enfant (assurance vie) — Sections A et B

- ▶ Comme protection complémentaire sur tous les produits d'assurance vie temporaire et permanente pour tout type d'émission simplifiée ou de souscription régulière
- ▶ Pour les enfants | 14 jours à 17 ans



Si vous avez répondu **NON** à **TOUTES** les questions de la **Section B** le ou les enfants pourraient être admissibles si la taille et le poids correspondent aux courbes de croissance normales pour l'âge.



Si vous avez répondu **OUI** à l'une des questions de la **Section B**, votre dossier ira en analyse. Une décision vous sera envoyée sous peu.

Exonération des primes (E.P. et E.P.I.D.) — Sections C et D

- ▶ Comme protection complémentaire sur tous les produits d'assurance vie temporaire et permanente pour tout type d'émission simplifiée ou de sélection régulière ainsi que sur l'AdapSanté
- ▶ Pour le propriétaire ou le payeur de la protection de base | 18 à 55 ans



Si vous avez répondu **NON** à **TOUTES** les questions de la **Section D**, vous êtes admissible à cette protection complémentaire.



Si vous avez répondu **OUI** à l'une des questions de la **Section D**, votre demande sera examinée. Une décision vous sera envoyée sous peu.

Arrêt de paiement des primes en cas de perte d'emploi (A.P.E.) — Sections E et F

- ▶ Comme protection complémentaire sur tous les produits d'assurance vie temporaire et permanente pour tout type d'émission simplifiée ou de sélection régulière et sur l'AdapSanté
- ▶ Pour l'assuré, le propriétaire ou le payeur de la protection de base | 18 à 50 ans



Si vous avez répondu **NON** à **TOUTES** les questions de la **Section F**, vous êtes admissible à cette protection complémentaire.



Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs des questions de la **Section F**, vous n'êtes pas admissible à cette protection complémentaire.

Pour tout autre produit ou montant d'assurance, veuillez vous référer aux **exigences de la sélection régulière** ou aux autres formulaires de **l'Espace Conseillers**.

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

Section A – 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		A A A A M M J J					<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F		
2		A A A A M M J J					<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F		
3		A A A A M M J J					<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F		
4		A A A A M M J J					<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F		

Section B – 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"/>



Si vous demandez seulement l'Avenant enfant (assurance vie) et que vous respectez tous les critères énoncés en page 1, vous pouvez soumettre une proposition PDF ou papier que vous trouverez dans l'Espace Conseillers sur uvassurance.ca en ajoutant ce questionnaire dûment complété incluant la **Section G – Signatures**. Si vous demandez aussi l'Exonération des primes (E.P. et E.P.I.D.), veuillez remplir les **Sections C et D**. Si vous demandez aussi l'Arrêt de paiement des primes en cas de perte d'emploi (A.P.E.), veuillez remplir les **Sections E et F**.

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

Section C – Information sur l'assuré(e)

1. N° de proposition _____
2. Prénom _____ Nom _____
3. Date de naissance | A | A | A | A | M | M | J | J |

Section D – 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) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Schizophrénie, psychose, idées suicidaires ou tentative de suicide ou tout autre trouble nerveux ou psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Troubles 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 de vertèbre(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ Déplacement de vertèbre(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ Autres troubles dorsaux Précisez _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
▶ 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 Précisez _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>

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 ?

Si oui, répondre aux questions 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

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) ?

Si oui, répondre à la question :

▶ Veuillez indiquer la ou les modification(s) :

- Ajout de médicament Remplacement de médicament
 Hausse du dosage Baisse du dosage

Si baisse du 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 effet(s) secondaire(s) ?

▶ 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 ?



Si vous demandez seulement l'Exonération des primes (E.P. et E.P.I.D.) et que vous respectez tous les critères énoncés en page 1, vous pouvez soumettre une proposition PDF ou papier que vous trouverez dans l'Espace Conseillers sur uvassurance.ca en ajoutant ce questionnaire dûment complété incluant la **Section G – Signatures**. Si vous demandez aussi l'Arrêt de paiement des primes en cas de perte d'emploi (A.P.E.), veuillez remplir les **Sections E et F**.

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

Section E – Information sur l'assuré(e)

1. N° de proposition _____
 2. Prénom _____ Nom _____
 3. Date de naissance | A | A | A | A | M | M | J | J |

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

1. Occupez-vous votre emploi actuel depuis moins de 12 mois ?

2. Votre emploi est-il saisonnier ou à temps partiel ?

3. Travaillez-vous pour l'entreprise dont vous êtes propriétaire ou travaillez-vous pour votre conjoint(e) ou un membre de votre famille ?



Si vous demandez seulement l'Arrêt de paiement des primes en cas de perte d'emploi (A.P.E.) et que vous respectez tous les critères énoncés en page 1, vous pouvez soumettre une proposition PDF ou papier que vous trouverez dans l'Espace Conseillers sur uvassurance.ca en ajoutant ce questionnaire dûment complété incluant la **Section G – Signatures**.

! 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 G – 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 _____ | A | A | A | A | M | M | J | J |

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