



Express

Répondre à ce questionnaire pour toute demande **d'assurance vie temporaire ou permanente** qui respecte les conditions suivantes :

- ▶ Le montant d'assurance demandé est de 150 000 \$ et moins.

L'assuré est âgé de :

- ▶ 16 à 75 ans | Vie Entière Valeurs Élevées et L'Adaptable
- ▶ 18 à 65 ans | L'Intégral
- ▶ 18 à 65 ans | T-10 et T-20
- ▶ 18 à 60 ans | T-25
- ▶ 18 à 55 ans | T-30



Si vous avez répondu **NON** à **TOUTES** les questions, vous êtes admissible à l'Express pour 150 000 \$ et moins (sauf la question 1 sur le tabagisme et la question 9 sur le diabète où les deux sous-questions doivent être répondues **NON** si la question principale a été répondue **OUI**).



Si vous avez répondu **OUI** à toute autre question, vous n'êtes **PAS** admissible à l'Express.



Une protection de base et un avenant temporaire peuvent être demandés avec le questionnaire Express pourvu que le montant d'assurance total soit de 150 000 \$ et moins.

Assurance vie temporaire et permanente

Si votre demande ne correspond pas aux critères ci-haut mentionnés, veuillez vous référer aux deux autres questionnaires d'émission simplifiée :

[Questionnaire Express pour enfant ▶](#)

15 jours à 15 ans | 10 000 \$ à 150 000 \$

[Questionnaire Immédiate ▶](#)

18 à 45 ans | 150 001 \$ à 499 999 \$

46 à 55 ans | 150 001 \$ à 350 000 \$

56 à 65 ans | 150 001 \$ à 250 000 \$

Pour tout autre montant d'assurance, veuillez vous référer aux exigences de la tarification régulière ou accélérée :

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)

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

Section B – Assurance vie – Express

	Oui	Non
1. Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous fait usage de cigarettes, cigarillos, cigarettes électroniques (avec ou sans nicotine), petits cigares, pipe, tabac à mâcher, shisha, noix de bétel, timbres nicotiques, produits de désaccoutumance du tabac ou tabac sous n'importe quelle autre forme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Êtes-vous hospitalisé ou résidez-vous présentement dans une maison ou un centre de soins infirmiers pour personnes en perte d'autonomie ou vous déplacez-vous en fauteuil roulant ou avez-vous besoin d'aide ou d'assistance pour faire deux ou plusieurs des activités de la vie quotidienne qui sont les suivantes: se laver, se vêtir, se servir des toilettes, être continent, se mouvoir, se nourrir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avez-vous déjà reçu des soins, consulté ou été diagnostiqué du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), une affection reliée au SIDA ou avez-vous subi une investigation indiquant la présence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou d'anticorps au VIH ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Au cours des soixante (60) derniers jours :		
a) Avez-vous été hospitalisé (excluant les hospitalisations reliées à la grossesse) ou avez-vous subi une chirurgie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Vous a-t-on informé de résultats anormaux à des tests quels qu'ils soient ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Un professionnel de la santé vous a-t-il conseillé de passer un test quel qu'il soit, une investigation médicale ou de subir une chirurgie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Avez-vous des symptômes ou avez-vous reçu des résultats anormaux pour lesquels :		
a) Vous n'avez pas encore consulté de professionnel de la santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Vous êtes présentement en investigation ou en attente d'un diagnostic ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Un professionnel de la santé vous a conseillé de subir un test quel qu'il soit et/ou une chirurgie qui n'auraient pas encore été faits ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Un médecin ou un médecin spécialiste vous a recommandé d'avoir des suivis médicaux plus rapprochés qu'à l'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 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 pour les troubles suivants :		
a) Un cancer avec métastase(s) et/ou ganglion(s) atteint(s), deux (2) types de cancer différents ou une récurrence d'un cancer (excluant un carcinome basocellulaire) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) La fibrose kystique ou une maladie respiratoire chronique qui requiert l'administration quotidienne d'oxygène (excluant l'apnée du sommeil), une maladie rénale chronique ou la maladie polykystique des reins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) La démence, la maladie d'Alzheimer, la dystrophie musculaire, la chorée de Huntington, la sclérose latérale amyotrophique (SLA) ou la maladie de Parkinson ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Une insuffisance cardiaque chronique, une cardiomyopathie ou un remplacement de valve cardiaque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Avez-vous été sur une liste d'attente de dons d'organes ou de moelle osseuse ou avez-vous reçu un don d'organe ou de moelle osseuse (excluant les greffes cornéennes) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Oui	Non
7. Avant l'âge de 40 ans ou au cours des trois (3) dernières années si vous avez 40 ans ou plus, avez-vous consulté, reçu des soins, été traité, été diagnostiqué ou eu des symptômes pour les troubles suivants :		
a) Un accident vasculaire cérébral (AVC), un accident ischémique transitoire (AIT), un anévrisme ou une maladie coronarienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Un pontage coronarien, une angioplastie, l'insertion d'un tuteur (STENT), d'un stimulateur cardiaque (pacemaker) ou une maladie rénale chronique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Une angine de poitrine ou une crise cardiaque (infarctus du myocarde) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous consulté, reçu des soins, été traité, été diagnostiqué, eu des symptômes, ou êtes-vous présentement sous traitement pour les troubles suivants :		
a) Une maladie du foie chronique (incluant, mais ne se limitant pas à, une cirrhose, une fibrose, une hépatite B ou C) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Une maladie artérielle périphérique ou une maladie vasculaire périphérique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Une leucémie, un lymphome de tout type, un cancer du sein, des ovaires, du col de l'utérus, du poumon, colorectal ou un mélanome malin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Souffrez-vous de diabète qui exige la prise d'insuline ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, répondre aux questions a) et b)		
a) Avez-vous reçu un diagnostic de diabète de n'importe quel type, il y a plus de 20 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Au cours des six (6) derniers mois, votre médication en relation avec le diabète a-t-elle été ajustée ou modifiée (ajout ou remplacement d'un médicament, hausse ou baisse du dosage prescrit) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Au cours des vingt-quatre (24) derniers mois, avez-vous consulté, reçu des soins, été traité, été diagnostiqué, eu des symptômes, ou êtes-vous présentement sous traitement pour un trouble bipolaire, la schizophrénie, une psychose, un trouble de personnalité limite (borderline) ou avez-vous fait une tentative de suicide ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Au cours des douze (12) derniers mois, en excluant une diète intentionnelle, un changement de style de vie, une chirurgie bariatrique ou une grossesse, votre poids a-t-il diminué de 10 % ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Au cours des six (6) derniers mois, avez-vous subi une chirurgie bariatrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Au cours des douze (12) prochains mois, prévoyez-vous voyager à l'extérieur de l'Amérique du Nord, des Caraïbes (excluant Haïti), du Royaume-Uni ou de l'Union européenne pour un total de plus de douze (12) semaines ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Au cours des trois (3) dernières années, avez-vous été reconnu coupable d'une infraction criminelle ou d'un acte criminel, (incluant conduites avec facultés affaiblies) ou des accusations d'infraction criminelle ou d'acte criminel (incluant conduites avec facultés affaiblies) ont-elles été portées contre vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Au cours des vingt-quatre (24) derniers mois :		
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 illégales ou narcotiques analogues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Un professionnel de la santé vous a-t-il conseillé de diminuer votre consommation de drogues quelle qu'elle soit (incluant le cannabis) et/ou d'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Avez-vous séjourné dans une résidence pour le traitement de l'abus de drogues et/ou d'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Si vous demandez seulement une 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 Conseiller sur uassurance.ca en ajoutant ce questionnaire dûment complété incluant la **Section D – Signatures**.

Si vous demandez aussi un avenant Assurance dette, veuillez poursuivre au prochain questionnaire.

Répondez à ce questionnaire uniquement si vous demandez un avenant Assurance dette (invalidité – crédit) :



Si vous avez répondu **NON** à **TOUTES** les questions, vous êtes admissible à l'avenant Assurance dette en Express.



Si vous avez répondu **OUI** à l'une des questions suivantes et en fonction des réponses aux sous-questions, l'avenant Assurance dette pourrait être transféré en sélection des risques et nous pourrions vous demander des détails additionnels : **6-A, 6-B et 7-A (s'il s'agit d'une baisse du dosage)**. Deux décisions seront alors possibles : refus ou exclusion et ce, après une courte analyse. Pour savoir si une question répondue **OUI** sera transférée en sélection des risques, veuillez utiliser le questionnaire dans la proposition électronique Mon Univers.



Si vous avez répondu **OUI** à toute autre question, vous n'êtes **PAS** admissible à l'avenant Assurance dette en Express.

Section C – Avenant Assurance dette

	Oui	Non
1. Travaillez-vous présentement moins de 20 heures par semaine et 9 mois par année? Pour être admissible à l'Avenant Assurance dette, vous devez être à l'emploi ou travailleur autonome et au travail à temps plein (ou au minimum 20 heures par semaine et 9 mois par année) ou être en congé parental de ce même emploi.	<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) 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 d'une vertèbre	<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"/>

	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 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"/>
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 aux questions 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 du 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"/>

Section D – 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

! 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**.