



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 80 ans | Vie entière Payable à 100 ans
- ▶ 18 à 65 ans | T-10, T-15 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 pour 150 000 \$ et moins.

Si vous avez répondu **OUI**

- ▶ à la **question 1** de la **section B**, vous êtes admissible et le taux fumeur s'appliquera au contrat.
- ▶ aux **questions 7-A, 7-B ou 7-C** de la **section B**, vous devez répondre **NON** aux sous-questions pour être admissible.
- ▶ à la **question 9** de la **section B**, vous devez répondre **NON** aux sous-questions pour être admissible.



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 enfants

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 :

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"/>

7. Avez-vous déjà 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?

Si oui, répondre aux questions i et ii

i. Avant l'âge de 40 ans?

ii. Au cours des trois (3) dernières années?

b) Un pontage coronarien, une angioplastie, une maladie rénale chronique, l'insertion d'un tuteur (stent), d'un stimulateur cardiaque (pacemaker) ou d'un défibrillateur implantable?

Si oui, répondre aux questions i et ii

i. Avant l'âge de 40 ans?

ii. Au cours des trois (3) dernières années?

c) Une angine de poitrine ou une crise cardiaque (infarctus du myocarde)?

Si oui, répondre aux questions i et ii

i. Avant l'âge de 40 ans?

ii. Au cours des trois (3) dernières années?

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)?

b) Une maladie artérielle périphérique ou une maladie vasculaire périphérique?

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?

9. Souffrez-vous de diabète qui exige la prise d'insuline ?

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?

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)?

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?

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?

12. Au cours des six (6) derniers mois, avez-vous subi une chirurgie bariatrique?

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?

14. Au cours des trois (3) dernières années, avez-vous été reconnu coupable d'une infraction criminelle ou d'un acte criminel (incluant la conduite avec facultés affaiblies), ou des accusations d'infraction criminelle ou d'acte criminel (incluant la conduite avec facultés affaiblies) ont-elles été portées contre vous?

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?

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?

c) Avez-vous séjourné dans une résidence pour le traitement de l'abus de drogues et/ou d'alcool?



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 disponible sur notre site uvassurance.ca en ajoutant ce questionnaire dûment complété incluant la **Section D**.

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 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 : accepté ou refusé, et ce, après une courte analyse. En Express, nous n'offrons pas d'exclusion. Pour savoir si une question répondue **OUI** sera transférée en sélection des risques, veuillez utiliser le questionnaire disponible dans la proposition électronique de votre portail 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"/>

