

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

Contrat n° _____

☐ Remise en vigueur ☐ Modification de contrat ☐ Changement de fumeur à non-fumeur
(Echantillon d'urine requis) N° commande _____

Section A – Informations de l'assuré(e)

1. Prénom _____ Nom _____
2. Date de naissance _____
3. Adresse _____
Ville _____ Province _____ Pays _____ Code postal _____
4. Téléphone _____
5. Occupation _____ 6. Employeur _____
7. L'assuré(e) travaille-t-il (elle) 12 mois par année ? ☐ Oui ☐ Non Si **Non**, pourquoi? _____
8. Date de la dernière consultation médicale de l'assuré(e) _____
Raison _____ Résultat _____

Informations du médecin

Prénom _____ Nom _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Pays _____ Code postal _____

Section B – Questions relatives à l'admissibilité de l'assuré(e) – Partie 1

Depuis que ce contrat a été émis, est-ce que l'assuré(e) :	Oui	Non	Si Oui , veuillez donner les détails requis ou suivre les indications.
1. A soumis une proposition d'assurance à une autre compagnie ou à UV Assurance?	☐	☐	Montant d'assurance _____ \$ Nom de la compagnie _____ Date d'émission _____
2. S'est fait refuser, modifier ou remettre à plus tard une proposition d'assurance-vie, maladies critiques, invalidité ou une demande de remise en vigueur?	☐	☐	
3. a) A fait ou a l'intention de faire des envolées aériennes autre qu'à titre de passager de lignes commerciales?	☐	☐	Si Oui , veuillez compléter le Questionnaire relatif à aviation – FR-1063A (FQC044)
b) Pratique ou a l'intention de pratiquer des sports comportant des risques particuliers, tels que plongée sous-marine, parachutisme, course automobile, vol à voile, etc.?	☐	☐	Si Oui , veuillez compléter le(s) questionnaire(s) spécifique(s) au(x) sport(s) exercé(s) .
c) A voyagé ou résidé ou a l'intention de voyager ou de résider hors de l'Amérique du Nord?	☐	☐	Si Oui , veuillez compléter le Questionnaire relatif aux voyages à l'étranger – FR-1063A (FQC041)
4. a) A fait ou fait usage de boissons alcooliques?	☐	☐	Type d'alcool _____ Quantité par : jour _____ semaine _____ mois _____ Si cessation : date de cessation _____ Raison _____
b) A fait ou fait usage de drogues (marijuana, cocaïne, speed ou autres)?	☐	☐	Si Oui , veuillez compléter le Questionnaire concernant l'usage de drogues – FR-1063A (FQC043)

Section B – Questions relatives à l'admissibilité de l'assuré(e) – Partie 1 (suite)

Depuis que ce contrat a été émis, est-ce que l'assuré(e) :	Oui	Non	Si Oui , veuillez donner les détails requis ou suivre les indications.
5. A consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé?	☐	☐	Date de la consultation _____ Raison _____ Résultat _____ Nom du médecin _____ Ville _____
6. A déjà fait ou fait usage de médicaments?	☐	☐	Raison _____ Nom du médicament _____ Posologie _____
7. A subi un test ou un examen ou est en investigation médicale pour un malaise, une douleur ou tout autre trouble de santé?	☐	☐	Date _____ Raison _____ Test _____ Traitement _____ Nom du médecin _____ Hôpital _____
8. Souffre ou a déjà souffert du Syndrome immunodéficitaire acquis (SIDA), affection reliée au SIDA (ARS) ou toute autre déficience du système immunitaire ou subi une épreuve indiquant la présence du virus du SIDA ou d'anticorps au virus du SIDA?	☐	☐	
9. a) A fait usage de tabac ou de dérivés du tabac (Nicorettes, timbres nicotiques), sous n'importe quelle forme, ou de cannabis, marijuana ou autre dans les 12 derniers mois?	☐	☐	
b) Quand avez-vous cessé l'utilisation de tabac ou de dérivés du tabac?	☐	☐	Date _____
10. a) S'est déjà fait révoquer son permis de conduire?	☐	☐	
b) A des points d'inaptitudes à son dossier de conduite automobile?	☐	☐	
11. a) Veuillez indiquer votre taille et votre poids : _____ pi.po. ou/ _____ cm _____ lbs ou/ _____ kg			
b) Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous eu une perte de poids de 10 lbs/4.5 kg ou plus?	☐	☐	Si Oui , veuillez indiquer la cause :

12. Antécédents familiaux (remplir le tableau en entier pour chacun des membres de la famille, même s'ils sont en bonne santé)

Parents	Condition (maladie)	Âge au début de la maladie (si applicable)	Âge actuel	Âge au décès (si applicable)	Cause du décès
Père					
Mère					
☐ Frère ☐ Soeur					
☐ Frère ☐ Soeur					
☐ Frère ☐ Soeur					

Section B – Questions relatives à l'admissibilité de l'assuré(e) – Partie 2

(A compléter uniquement pour l'AdapSanté - Maladies graves).

1. Depuis que ce contrat a été émis, est-ce que l'assuré(e) a consulté, a été diagnostiqué(e) ou a souffert des troubles suivants :	Oui	Non
a) Troubles des oreilles, des yeux, nez ou gorge?	☐	☐
b) Poumons, asthme, bronchite, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), crachement de sang, apnée du sommeil, sarcoïdose ou autres troubles respiratoires ou pulmonaires?	☐	☐
c) Troubles système nerveux, épilepsie, étourdissement, tremblements, convulsions, sclérose en plaques : névrite optique, engourdissement, picotement, perte d'équilibre, faiblesse des extrémités, trouble de la vue ou sensation de perte de la vue ou autres troubles neurologiques ou du cerveau?	☐	☐
d) Troubles nerveux, déficit de l'attention, hyperactivité, dépression, angoisse, anxiété, burn-out, épuisement professionnel, troubles de panique, idée ou tentative suicidaire ou autres troubles psychiatriques, émotifs ou mentaux?	☐	☐
e) Troubles du cœur ou des vaisseaux sanguins : douleurs thoraciques, palpitations, hypertension, fièvre rhumatismale, souffle cardiaque, accident vasculaire cérébral (AVC), cholestérol élevé, ischémie cérébrale transitoire (ICT) angine, anomalie des valves, pontage, thrombophlébite ou autres maladies du cœur ou chirurgie cardiaque?	☐	☐
f) Troubles des organes abdominaux : saignements, colite ulcéreuse, maladie de Crohn, hépatite de tout type, porteur hépatite, stéatose, polype, diverticulite ou autres maladies du foie, de l'estomac ou des intestins?	☐	☐
g) Troubles des reins, de la vessie ou des organes génitaux : sucre, sang ou protéines dans les urines, pierre, hypertrophie de la prostate, insuffisance rénale, hystérectomie, cellules précancéreuses au col de l'utérus ou autres troubles des reins, vessie ou des organes génitaux?	☐	☐
h) Troubles du sang ou des glandes : diabète, trouble de la glande thyroïde, de l'hypophyse, troubles des glandes lymphatiques, anémie, troubles de coagulation, hémochromatose, affections cutanées, lupus ou autres troubles des glandes, du sang ou de la peau?	☐	☐
i) Troubles musculo-squelettiques : paralysie, troubles du dos, du cou, des muscles, des os, des articulations, des tendons, des ligaments, douleurs au dos, rhumatisme, arthrite, goutte, ostéoporose, arthrose, fibromyalgie ou autres troubles de l'appareil locomoteur?	☐	☐
j) Tumeur bénigne ou maligne, kyste, grain de beauté, cancer, tumeur, masse, lésion cutanée, nodule, neavus ou a subi des traitements de radiothérapie ou de chimiothérapie?	☐	☐
k) Maladie génétique, maladie incurable, handicap physique ou mental incluant déficience intellectuelle?	☐	☐
l) Souffre-t-il (elle) d'une maladie, d'un syndrome ou d'un trouble non mentionné dans les questions précédentes?	☐	☐

Veuillez compléter le tableau ci-dessous pour chacune des réponses où vous avez coché oui.

Références	Détails : Tests, résultats, traitement, date de rétablissement, séquelle, nom du médecin ou hôpitaux consultés
Question n° _____ Date _____ Raison _____	
Question n° _____ Date _____ Raison _____	
Question n° _____ Date _____ Raison _____	
Question n° _____ Date _____ Raison _____	
Question n° _____ Date _____ Raison _____	

Section B – Questions relatives à l'admissibilité de l'assuré(e) – Partie 2 (suite)

2. Est-ce que l'assuré(e) a déjà fait une demande de prestations ou reçu des prestations, une rente d'invalidité ou une compensation ou encore demandé un supplément d'aide à la suite de blessure, de maladie ou d'un handicap? ☐ Oui ☐ Non Si **Oui**, détails :

3. Est-ce que l'assuré(e) a eu connaissance de quelque symptôme ou malaise pour lequel il (elle) n'a pas encore consulté un médecin ou reçu un traitement? ☐ Oui ☐ Non Si **Oui**, détails :

Section C – Avis de prise de renseignements personnel et consentement à cette prise de renseignements

Un des principaux objectifs de UV Assurance, Compagnie d'assurance est de procurer de l'assurance à un coût modique. L'étude (évaluation) des risques est nécessaire non seulement pour conserver la modicité de ce coût mais aussi pour que chaque assuré contribue sa juste part du coût. Pour l'étude de votre demande, nous devons obtenir des renseignements provenant de diverses sources. Ces renseignements nous sont donnés par votre examen médical, s'il est requis, et par tout rapport que nous pourrions recevoir des médecins qui vous ont soigné et d'hôpitaux où vous avez séjourné, et par des rapports comportant des renseignements d'ordre personnel ou relatifs à votre solvabilité.

Sachez que vos renseignements personnels sont traités comme confidentiels. Toutefois, il se peut qu'un bref rapport de vos renseignements soient communiquées au MIB Inc., organisme sans but lucratif de centralisation et d'échange de renseignements à l'intention des compagnies d'assurance-vie qui en sont membres. Si vous faites une demande d'assurance-vie ou d'assurance-maladie ou si vous présentez une demande d'indemnités à une compagnie membre du Bureau, celui-ci fournit à cette compagnie, sur demande, les renseignements qu'il possède sur vous.

Sur demande, vous pouvez être informé des renseignements personnels recueillis auprès de vous. Dans le cas où l'un de vos renseignements personnels est inexact, incomplet ou n'est pas clair, vous pouvez exiger qu'il soit rectifié en adressant une demande à UV Assurance en procédant à une demande adressée au Responsable de la protection des renseignements personnels ou au MIB Inc. à l'adresse suivante : 330, av. Université Suite 501, Toronto (Ontario) M5G 1R7 – Tél. : (416) 597-0590. Site web : www.mib.com

Nous pouvons aussi sur demande communiquer nos renseignements aux compagnies d'assurance sur la vie à qui vous présentez une demande d'assurance-vie ou d'assurance-maladie, ou une demande d'indemnités. Le Bureau a pour but d'éviter à ses membres et à leurs porteurs de police des frais additionnels occasionnés par un petit nombre de personnes dissimulant des faits relatifs à leur assurabilité. Les renseignements fournis par le Bureau peuvent amener la compagnie d'assurance à faire une enquête plus approfondie, mais les règlements mêmes de celui-ci interdisent de faire l'évaluation d'un risque sur la base des renseignements qu'il fournit. Le Bureau n'est pas dépositaire de rapport d'hôpitaux, ni de médecins, et les renseignements qu'il possède n'indiquent pas si une proposition d'assurance a été acceptée à tarif normal ou moyennant surprimes, ni si elle a été refusée.

Section D – Convention relative à la constitution d'un dossier personnel

Les renseignements personnels, y compris le numéro d'assurance social, que UV Assurance détient ou détiendra à votre sujet seront traités de façon confidentielle et seront consignés dans un dossier dont l'objet est de vous permettre de bénéficier d'une protection d'assurance et d'autres services financiers qu'elle offre. Ils ne seront consultés que par les employés de UV Assurance qui doivent y avoir accès dans l'exercice de leurs fonctions.

Vous pouvez avoir accès à votre dossier et faire rectifier des renseignements si vous démontrez qu'ils sont inexacts, incomplets, équivoques, périmés ou non nécessaires. Vous devez alors faire une demande écrite à l'attention du responsable de la protection des renseignements personnels UV Assurance à l'adresse suivante : C.P. 696, Drummondville (Québec) J2B 6W9

Section E – Consentement à la cueillette et à la communication de renseignements personnels à des tiers

Aux fins de l'établissement de l'assurabilité, de la gestion de notre dossier et de l'étude des réclamations, nous autorisons toute personne physique ou morale ou tout organisme public ou parapublic possédant des renseignements personnels à notre sujet concernant, entre autres, notre état de santé, nos antécédents médicaux ou notre admissibilité aux prestations, soit notamment tout médecin, ou autre praticien, hôpital, clinique médicale ou paramédicale, laboratoire, compagnie d'assurances ou de réassurance, le Bureau de renseignements médicaux, les agents de renseignements personnels, les intermédiaires de marché, toute institution financière, le preneur, notre employeur ou ex-employeur, la CSST, la RRQ, la SAAQ, la RAMQ, les agents d'investigation et de sécurité, les agences de données sur les risques et les sinistres, les organismes de prévention, de détection ou répression des crimes et des infractions, à les communiquer à UV Assurance ou à ses réassureurs sur demande.

De même, nous autorisons UV Assurance à communiquer auxdits tiers ainsi qu'à ses réassureurs lesdits renseignements. Pour les mêmes fins et pour recueillir le même type de renseignements, nous consentons également à ce que L'Union-Vie ou ses réassureurs puissent demander un rapport d'enquête à notre sujet et utiliser les renseignements qu'ils détiennent dans d'autres dossiers en leur possession.

Le présent consentement vaut également pour la cueillette, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant nos enfants mineurs. Aucune modification ou altération du présent consentement n'influera sur son contenu ni ne liera l'assureur. Nous comprenons qu'en tout temps, nous pouvons retirer notre consentement à la communication ou à l'utilisation de nos renseignements personnels. Nous comprenons que le retrait de notre consentement peut entraîner des conséquences légales ou contractuelles.

Section F – Déclaration

Nous, soussignés, la personne à assurer et le propriétaire, certifions avoir pris connaissance de toutes les questions contenues dans cette déclaration. Les réponses données ont été fidèlement reproduites et sont complètes et véridiques. De plus, nous consentons à ce qu'elles servent de base au contrat d'assurance et reconnaissons que toute fausse déclaration ou omission peut entraîner la résiliation du contrat d'assurance obtenu suite à cette déclaration d'assurabilité.

Nous convenons que l'assurance prend effet dès l'acceptation par la compagnie de la déclaration pour autant que cette dernière ait été acceptée sans modification, que les primes aient été payées et qu'aucun changement ne soit intervenu dans l'assurabilité de la personne depuis la signature de cette déclaration.

Nous reconnaissons avoir pris connaissance de la convention relative à la constitution d'un dossier personnel.

Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Section G – Signatures

Signé à _____ Date |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

X _____
Signature de la personne à assurer
(Si 14 ans et plus)

X _____
Signature du propriétaire
(si compagnie, signataire autorisé)

X _____
Signature du père, de la mère ou du tuteur
(si la personne à assurer est mineure)

Section H – Réservé au siège social

À la suite de la production de preuves d'assurabilité de l'assuré(e), du conjoint et/ou du propriétaire et moyennant le paiement de toutes les primes échues et non payées à ce jour, UV Assurance, atteste que la police précédemment mentionnée est remise en vigueur.

Accepté à Drummondville Date |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

X _____
Signature autorisé de la compagnie

