

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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date de la consultation _____ Raison _____ Résultat _____ Nom du médecin _____ Ville _____
6. A déjà fait ou fait usage de médicaments?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date _____ Raison _____ Test _____ Traitement _____ Nom du médecin _____ Hôpital _____
8. Souffre ou a déjà souffert du Syndrome immunodéficient 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. a) A fait usage de tabac ou de dérivés du tabac (Nicorettes, timbres nicotiniques), sous n'importe quelle forme, ou de cannabis, marijuana ou autre dans les 12 derniers mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Quand avez-vous cessé l'utilisation de tabac ou de dérivés du tabac?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date _____
10. a) S'est déjà fait révoquer son permis de conduire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) A des points d'inaptitudes à son dossier de conduite automobile?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. A eu une variation de poids depuis 1 an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taille ____ pi. ____ po. ou/ ____ m. ____ cm. Poids _____ lbs ou/ _____ kg Détails :

12. Antécédents familiaux (remplir le tableau en entier pour chacun des membres de la famille, même s'ils sont en bonne santé)
Si le plan n'est pas L'AdapSanté (maladies graves), veuillez passer directement à la page 5 pour signatures.

Parents	Condition (maladie)	Âge au début de la maladie (si applicable)	Âge actuel	Âge au décès (si applicable)	Cause du décès
Père					
Mère					
<input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Soeur					
<input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Soeur					
<input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Soeur					

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

(À 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Poumons, asthme, bronchite, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), crachement de sang, apnée du sommeil, sarcoïdose ou autres troubles respiratoires ou pulmonaires?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Troubles du coeur 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 coeur ou chirurgie cardiaque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Maladie génétique, maladie incurable, handicap physique ou mental incluant déficience intellectuelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Souffre-t-il (elle) d'une maladie, d'un syndrome ou d'un trouble non mentionné dans les questions précédentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veillez 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

