

Important : Remplir en lettres moulées et répondre à chacune des sections avec le plus de précision possible.

Section A – Collecte, utilisation et communication des renseignements personnels

Par le présent formulaire, la collecte des renseignements personnels permet à UV Assurance d'obtenir les informations relatives à votre perte d'autonomie, notamment en accédant aux informations relatives à votre état de santé.

Les renseignements personnels collectés servent à :

- ▶ Procéder à une identification;
- ▶ Établir et mettre à jour les informations ainsi que les besoins de la personne concernée, le cas échéant;
- ▶ Se conformer aux exigences légales et réglementaires, notamment quant aux règles fiscales ainsi que la prévention, la détection et la répression des infractions, des cybermenaces et de la fraude.

Les renseignements divulgués dans ce formulaire seront transmis au personnel de UV Assurance responsable du traitement de la demande, ainsi qu'à toute autre personne autorisée par la loi.

Section B – Déclaration

1. Contrat n° _____

2. Prénom de l'assuré _____ Nom _____

3. Date de naissance _____ 4. N° RAMQ _____

5. Adresse _____

Ville _____ Province _____ Pays _____ Code postal _____

6. Téléphone _____ 7. Téléphone (travail) _____ Poste _____

8. Occupation _____ Date du dernier jour travaillé _____

9. Genre ou nature de la maladie _____

a) Date du début des symptômes _____

b) Date du diagnostic _____

c) Date à laquelle vous avez été informé du diagnostic _____

10. Veuillez nous donner tous les détails sur l'origine ainsi que le type de maladie dont vous souffrez actuellement :

11. Veuillez nous indiquer la date de votre première consultation médicale pour cette maladie _____

12. Veuillez nous indiquer le nom et l'adresse du médecin consulté :

Prénom _____ Nom _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

13. Était-il (elle) votre médecin traitant habituel? ☐ Oui ☐ Non

Si **Non**, veuillez indiquer qui vous a référé à ce médecin _____

14. Veuillez inscrire le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de votre médecin de famille :

Prénom _____ Nom _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone _____

15. Quelle est la date de vos premiers traitements pour cette maladie? _____

Section B – Déclaration (suite)

16. Avez-vous déjà souffert de, ou reçu des traitements pour, une maladie connexe? ☐ Oui ☐ Non

Si **Oui**, veuillez indiquer tous les détails et les dates :

Détails	Date						
	<table><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	A	M	J			
A	M	J					
	<table><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	A	M	J			
A	M	J					
	<table><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	A	M	J			
A	M	J					
	<table><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	A	M	J			
A	M	J					

17. Veuillez nous indiquer les traitements que vous recevez actuellement en y incluant les détails et les dates de toutes investigations faites à l'hôpital, en clinique ou tous traitements reçus :

--

18. Y a-t-il des membres de votre famille qui ont déjà souffert d'une maladie connexe? ☐ Oui ☐ Non

Si **Oui**, veuillez nous indiquer quel est votre lien de parenté avec cette personne, le type de maladie dont elle souffre ainsi que l'âge auquel la maladie a été diagnostiquée :

Lien de parenté	Type de maladie	Âge auquel la maladie à été diagnostiquée

19. Veuillez donner les noms, adresses et numéros de téléphone de tous les médecins qui vous ont traité ou les hôpitaux où vous avez été traité pour cette maladie (indiquez les dates et les raisons de vos visites) :

--

Section C – Consentement et signature

Les renseignements divulgués dans ce formulaire seront transmis au personnel de UV Assurance responsable du traitement de votre demande, ainsi qu'à toute autre personne autorisée par la loi.

En outre, en signant ce formulaire, vous autorisez à toute personne physique ou morale ou tout organisme public ou parapublic possédant des renseignements personnels à votre sujet concernant, entre autres, votre état de santé, vos antécédents médicaux ou votre admissibilité aux prestations, dont notamment tout médecin, dentiste, ou autre praticien, hôpital, clinique médicale ou paramédicale, S.A.A.Q., la R.A.M.Q., et le W.C.B. à les communiquer à UV Assurance ou à ses réassureurs sur demande.

Si l'un de vos renseignements personnels est inexact, incomplet ou ambigu, vous pouvez exiger sa rectification en adressant une demande auprès de UV Assurance.

Vous avez également le droit de demander des informations sur l'utilisation de vos renseignements personnels.

Pour plus de détails, veuillez visiter notre site Web et consulter notre **Politique de protection des renseignements personnels**.

Je reconnais qu'une photocopie du présent consentement, qui est valide pour la durée de cette réclamation, a la même valeur que l'original. Je comprends que le formulaire complété ne constitue pas l'approbation de la réclamation par la Compagnie.

Le soussigné confirme avoir pris connaissance des informations ci-dessus et consens à la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels contenus aux présentes. Le présent consentement vaut également pour la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels des bénéficiaires auprès desquels le soussigné atteste avoir préalablement obtenu le consentement.

X _____ Date

A	M	J

Signature de l'assuré(e) Nom du signataire en lettres moulées

Envoyer le formulaire à l'adresse courriel suivante : ind.client@uvassurance.ca

C.P. 696, Drummondville (Québec) J2B 6W9 ■ Téléphone : 819 478-1315 ■ Sans frais : 1 800 567-0988 ■ Télécopieur : 819 474-1990

UV Assurance est une marque de commerce déposée de L'Union-Vie, compagnie mutuelle d'assurance.

