

Demande de prestation - Assurance accident

Perte accidentelle de membres, de la vue ou paralysie suite à un accident

FQC029

Déclaration du médecin traitant

Important : Remplir en lettres moulées et répondre à chacune des sections avec le plus de précision possible. Les honoraires qui pourraient être exigés pour remplir la présente formule sont à la charge de la personne concernée.

Section A – Collecte, utilisation et communication des renseignements personnels

Par le présent formulaire, la collecte des renseignements personnels permet à UV Assurance de procéder à demande de prestations d'assurance accident en récoltant des informations auprès du médecin traitant.

Vos renseignements personnels servent à :

- ▶ Procéder à une identification;
- ▶ Débuter ou poursuivre un processus de réclamation;
- ▶ Se conformer aux exigences légales et réglementaires, notamment pour prévenir, détecter ou réprimer les infractions, les cybermenaces, 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 – Identification de la personne blessée

- Prénom _____ Nom _____
- Date de naissance

A		M		J					

Section C – Déclaration

- Date de l'accident

A		M		J					
- Quel était le genre d'accident? ☐ Travail ☐ Sport ☐ Véhicule moteur ☐ Autres _____
- Au moment de l'accident, est-ce que la personne était sous l'influence de stupéfiants, d'alcool, ou a-t-elle eu une surdose d'hallucinogènes ou de drogue non dûment prescrite par un médecin, de poison, de gaz ou d'essence? ☐ Oui ☐ Non
Si **Oui**, fournir les détails et les résultats des tests _____
- Description de la perte _____
- Est-ce que la perte résulte directement et uniquement des blessures subies à la suite de l'accident? ☐ Oui ☐ Non
- Quel est le niveau de l'amputation ou % de perte d'usage _____ Date

A		M		J					
- La perte d'usage est-elle complète et irrémédiable? ☐ Oui ☐ Non Si **Oui**, depuis quand?

A		M		J					

Perte	Gauche	Droite
☐ Oeil	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
☐ Main	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

Perte	Gauche	Droite
☐ Pied	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
☐ Autre _____	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

☐ Perte de la vue

- Lors du dernier examen

A		M		J					

	Gauche	Droite
Acuité visuelle sans verres		
Acuité visuelle avec verres		
La vision peut être entièrement ou partiellement corrigée par	☐ Verres ☐ Traitements ☐ Opération ☐ Aucun moyen	☐ Verres ☐ Traitements ☐ Opération ☐ Aucun moyen

- La perte d'usage est-elle le résultat direct de l'accident et indépendamment de tout autre cause? ☐ Oui ☐ Non
Si **Non**, veuillez donner les détails : _____

Envoyer le formulaire à l'adresse courriel suivante : **Client** : ind.client@uvassurance.ca / **Conseiller** : Selon liste de référence

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.



Demande de prestation - Assurance accident

Perte accidentelle de membres, de la vue ou paralysie suite à un accident

FQC029

Section C – Déclaration (suite)

☐ Paralysie

10. Est-ce que l'accident a entraîné l'une des conditions suivantes? ☐ Quadriplégie ☐ Paraplégie ☐ Hémiplégie

11. À quelle date la paralysie a-t-elle débuté? _____

12. L'accident est-il la seule cause de la paralysie? ☐ Non ☐ Oui

13. Si la paralysie ne résulte pas d'un accident, quels sont les antécédents médicaux ayant entraîné la paralysie ? _____

14. La paralysie est-elle permanente, totale et irrémédiable ? ☐ Non ☐ Oui

Section D – Identification du médecin

1.	Autre médecins traitants (prénom, nom)	Nom de l'hôpital ou du centre médical	Date
			A M J
			A M J
			A M J

2. Commentaires supplémentaires

Section E – Consentement et signature

En apposant sa signature, le soussigné comprend que dans le cas où l'un de ses renseignements personnels est inexact, incomplet ou ambigu, il peut exiger sa rectification en adressant une demande auprès de UV Assurance. Il a également le droit de demander des informations sur l'utilisation de ses renseignements personnels.

De plus, en tout temps, il peut retirer son consentement à la communication ou à l'utilisation de ses renseignements personnels en adressant une demande au Responsable de la protection des renseignements personnels de UV Assurance à l'adresse suivante : 1990, rue Jean-Berchmans-Michaud, Drummondville (QC) J2C 7G7.

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

Le soussigné confirme avoir pris connaissance des informations ci-dessus et consent 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 autres personnes concernées auprès desquelles le soussigné atteste avoir préalablement obtenu le consentement.

Signature

X _____ Date A M J

Signature du médecin

Nom du signataire en lettres moulées

Spécialité _____ N° de permis _____



Demande de prestation - Assurance accident

Perte accidentelle de membres, de la vue ou paralysie suite à un accident

FQC029

Déclaration du demandeur

Important : Remplir en lettres moulées et répondre à chacune des sections avec le plus de précision possible. Cette demande doit être complétée par la personne assurée si elle est âgée de 14 ans ou plus. Si la personne assurée est incapable de le faire ou si elle est âgée de moins de 14 ans, le père, la mère, le tuteur ou le représentant légal de la personne assurée peut la compléter.

Section A – Collecte, utilisation et communication des renseignements personnels

Par le présent formulaire, la collecte des renseignements personnels permet à UV Assurance de procéder à l'analyse de la demande de prestations d'assurance accident.

Vos renseignements personnels servent à :

- ▶ Procéder à une identification;
- ▶ Débuter ou poursuivre un processus de réclamation;
- ▶ Se conformer aux exigences légales et réglementaires, notamment pour prévenir, détecter ou réprimer les infractions, les cybermenaces, 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 – Identification de l'assuré

1. Contrat n° _____
2. Prénom _____ Nom _____
3. Date de naissance

A	M	J

 4. Sexe à la naissance ☐ Femme ☐ Homme
4. Téléphone travail

--	--	--	--	--	--

 -

--	--	--	--	--	--

 Poste _____ Téléphone de maison

--	--	--	--	--	--

 -

--	--	--	--	--	--

Section C – Déclaration

1. Date de l'accident

A	M	J

 2. Heure de l'accident _____ ☐ AM ☐ PM
3. Lieu de l'accident _____
4. Description des circonstances de l'accident _____
5. Quel était le genre d'accident? ☐ Travail ☐ Sport ☐ Véhicule moteur ☐ Autre _____
6. Quelle est la nature des blessures _____
7. Quels sont les médecins qui ont traité la personne assurée

Médecins traitants (prénom, nom)	Nom de l'hôpital ou du centre médical

8. Y a-t-il eu intervention chirurgicale? ☐ Oui ☐ Non
Si **Oui**, quelle est la nature de l'intervention _____ Date

A	M	J



Section D – Consentement et signature

UV Assurance recueille des renseignements personnels et médicaux provenant de diverses sources (examens médicaux, médecins, hôpitaux, agences d'information, etc.) afin d'évaluer votre assurabilité, de gérer les réclamations et de tenir à jour ses dossiers. Ces renseignements peuvent être partagés, lorsque nécessaire, avec des tiers tels que MIB LLC – un organisme qui centralise les données pour les assureurs membres – ainsi qu'avec des réassureurs et d'autres institutions autorisées. Les renseignements demeurent confidentiels et ne sont accessibles qu'aux employés autorisés. Si certains des renseignements personnels mentionnés ci-dessus sont inexacts, incomplets ou ambigus, vous avez le droit de demander une correction en communiquant avec notre service à la clientèle.

En apposant sa signature, le soussigné comprend que dans le cas où l'un de ses renseignements personnels est inexact, incomplet ou ambigu, il peut exiger sa rectification en adressant une demande auprès de UV Assurance. Il a également le droit de demander des informations sur l'utilisation de ses renseignements personnels.

De plus, en tout temps, il peut retirer son consentement à la communication ou à l'utilisation de ses renseignements personnels en adressant une demande au Responsable de la protection des renseignements personnels de UV Assurance à l'adresse suivante : 1990, rue Jean-Berchmans-Michaud, Drummondville (QC) J2C 7G7.

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

Le soussigné confirme avoir pris connaissance des informations ci-dessus et consent 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 personnes concernées auprès desquelles le soussigné atteste avoir préalablement obtenu le consentement.

De plus, j'autorise tout professionnel et intervenant dans le domaine de la santé, tout fournisseur de soins de santé, tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, tout assureur ou réassureur, le MIB LLC., toute agence d'enquête ainsi que toute personne physique ou morale susceptible de détenir des renseignements personnels en lien avec mon état de santé, mes antécédents médicaux ou mes habitudes de vie nécessaires aux raisons mentionnées dans l'avis de constitution d'un dossier à les communiquer à UV Assurance ou à ses réassureurs. La présente autorisation ne vaut que pour la durée nécessaire à la réalisation des fins auxquelles elle a été demandée.

Signature

X _____ Date

A	M	J
---	---	---

Signature de la personne assurée (si 14 ans ou plus) Nom du signataire en lettres moulées

Si le demandeur est différent de la personne assurée

1. Nom du demandeur _____ Lien avec la personne assurée _____
2. Adresse _____
Ville _____ Province _____ Pays _____ Code postal _____

X _____ Date

A	M	J
---	---	---

Signature du demandeur Nom du signataire en lettres moulées

