UV ASSURANCE

ASSURANCE COLLECTIVE

Demande de prestations d'assurance invalidité - Employé

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

Section A – Remarques importantes

Dès qu'un employé est absent du travail et pourrait avoir droit à des prestations d'invalidité, ou se qualifier pour l'exonération des primes, veuillez transmettre ce formulaire à l'assureur dans les plus brefs délais. Toute demande initiale doit inclure une déclaration de l'employeur, une déclaration de l'employé et une déclaration du médecin traitant dûment complétées et signées. Pour toute demande d'invalidité de longue durée ou d'exonération des primes, le formulaire **FR-5051A - Questionnaire sur l'éducation, la formation et l'expérience de travail** est également requis.

Si vous n'utilisez pas déjà le service de dépôt direct de UV Assurance, veuillez compléter le formulaire FR-5025A - Dépôt direct des prestations et le soumettre avec votre demande de règlement. Vos prestations seront directement déposées à votre compte bancaire, si votre demande est approuvée. En adhérent au dépôt direct vous pouvez continuer de recevoir vos relevés de prestations par la poste. Vous recevrez également votre versement plus rapidement, évitant ainsi les délais postaux ainsi que les déplacements au guichet bancaire, si votre demande est acceptée et si votre contrat le permet.

Veuillez prendre note que le maintien de l'admissibilité ainsi que le versement des prestations d'invalidité sont assujettis au paiement des primes exigibles, à l'exception des assurés admissibles à l'exonération de primes. Dans l'éventualité où ces primes cesseraient d'être acquittées, lesdites garanties et prestations seront interrompues, conformément aux dispositions prévues au contrat.

Section B — Renseignements sur l'employé

1. N° de groupe _____ Division _____ Classe _____ N° de certificat _____
2. Nom _____ Prénom _____
3. Date de naissance A M J 4. Téléphone _____ _____ _____
5. Adresse _____
   Ville _____ Province _____ Pays _____ Code postal _____
6. Courriel _____

Section C — Déclaration de l'employé

1. Cause de l'invalidité _____
   a) Date de la première consultation médicale A M J
   b) Nom de l'hôpital ou de la clinique _____
   c) Prénom du médecin traitant _____ Nom _____
   d) Prénom du médecin de famille _____ Nom _____
   e) Décrivez les circonstances ayant mené à votre arrêt de travail :

2. Avez-vous été hospitalisé ? ☐ Oui ☐ Non Si **Oui**, durant quelle période? du A M J au A M J
   Nom de l'hôpital _____
3. Votre invalidité est-elle causée par un accident? ☐ Oui ☐ Non Si **Oui**, précisez :
   a) Quand l'accident est-il survenu? Date A M J Heure _____ ☐ AM ☐ PM
   b) À quel endroit l'accident est-il survenu? _____

Section C — Déclaration de l'employé (suite)

4. Avez-vous déjà souffert de la même cause ou d'une maladie ou d'un accident similaire? ☐ Oui ☐ Non Si **Oui**, précisez :
   Raison _____ Date A M J
   Prénom du médecin _____ Nom _____
5. Veuillez décrire pourquoi vous êtes incapable d'accomplir les tâches liées à votre emploi :

Section D — Revenus

1. À quelle date prévoyez-vous retourner au travail? A M J
2. Recevez-vous d'autres revenus d'invalidité ou d'une autre assurance? ☐ Oui ☐ Non Si **Oui**, précisez :

Source	Depuis quelle date
	A M J
	A M J
	A M J

3. Avez-vous placé une demande de prestations?

Demande placée	Demande placé		Date	Décision		Réponse en attente
	Oui	Non		Acceptée	Refusée	
Du régime de pension du Canada	☐	☐	A M J	☐	☐	☐
De la régie des rentes du Québec R.R.Q.	☐	☐	A M J	☐	☐	☐
Du développement ressources humaines du Canada E.D.S.C.	☐	☐	A M J	☐	☐	☐
De la commission de la santé et de la sécurité du travail C.N.E.S.S.T.	☐	☐	A M J	☐	☐	☐
De la société de l'assurance automobile du Québec S.A.A.Q.	☐	☐	A M J	☐	☐	☐
Indemnisation des victimes d'actes criminels IVAC	☐	☐	A M J	☐	☐	☐
De tout autre organisme ou assureur(s)	☐	☐	A M J	☐	☐	☐

Veuillez joindre une copie des documents relatifs à l'acceptation ou au refus de votre demande selon le cas.

Section E – Collecte, utilisation et communication des renseignements personnels

Le présent formulaire permet à UV Assurance d'obtenir votre consentement valide (par l'entremise de votre signature) à la cueillette et à la communication de vos renseignements personnels aux fins d'administration de votre dossier de réclamation actuel.*
Avec votre consentement, UV Assurance pourra recueillir vos renseignements personnels nécessaires concernant votre état de santé, vos antécédents médicaux ainsi que votre admissibilité aux prestations.

Cette cueillette pourra s'effectuer auprès de toute personne physique ou morale, ainsi que tout organisme public, parapublic ou privé, notamment et sans s'y limiter, tout professionnel de la santé (en hôpital, clinique médicale ou paramédicale), tout organisme ou établissement de santé, tout régime public d'assurance maladie, tout régime public de retraite, les compagnies d'assurances, les ré-assureurs, les agents de renseignements personnels ou les agences d'investigation, l'administrateur de régime et ses représentants, votre preneur, vos employeurs ou ex-employeurs.

À noter que tout renseignement personnel communiqué en trop à UV Assurance qui ne fait pas l'objet de la présente demande ne sera pas collecté ni utilisé.

* La présente autorisation est seulement valide pour le dossier mentionné ci-dessous.

Section F – 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, le soussigné 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.**

En apposant sa signature, le soussigné autorise UV Assurance à communiquer aux tiers énumérés dans le présent formulaire qu'à ses réassureurs les renseignements personnels concernés. Cette autorisation est valide pour tout document produit avant la date de signature de cette autorisation ainsi que tout document produit dans les 90 jours suivant la date de signature de cette autorisation.

Une photocopie, une copie électronique ou numérisée de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature

Finalement, en apposant sa signature ci-dessous, le soussigné confirme avoir lu et accepté les informations mentionnées au présent formulaire et atteste qu'une photocopie des présentes a la même valeur que l'original.

Adresse du signataire _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Signé à _____ Date A M J

X _____ _____

Signature | Nom du signataire en lettres moulées

FR-5007A (2026-10)