

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, l'utilisation et la communication des renseignements personnels permet à UV Assurance de procéder à l'évaluation de la présente demande.

Les renseignements personnels collectés servent à :

- ▶ Procéder à une identification;
- ▶ Obtenir des renseignements additionnels afin de compléter l'analyse de la demande;
- ▶ Communiquer avec les professionnels de la santé visés (soit vos pharmaciens, médecins traitants, infirmiers, assistants technique en pharmacie et nutritionnistes), les établissements de santé, compagnies d'assurance, autorités gouvernementales, programmes gouvernementaux et programmes de soutien aux patients;
- ▶ Se conformer aux exigences légales et réglementaires, notamment pour prévenir, détecter ou réprimer les infractions, les cybermenaces et 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'adhérent (le détenteur du contrat d'assurance)

1. N° de certificat _____ N° de groupe _____
2. Prénom _____ Nom _____
3. Date de naissance 

Section C – Identification du patient

1. Prénom _____ Nom _____
2. Date de naissance

	A				M			J	
--	---	--	--	--	---	--	--	---	--
3. Adresse _____ App. _____
- Ville _____ Province _____ Code postal _____
4. Téléphone

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

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

 -

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

 5. Travail

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

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

 -

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

 Poste _____
6. Courriel _____
7. Lien de parenté avec l'adhérent (le détenteur du contrat d'assurance) ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant à charge
8. Nom du médicament concerné _____
9. Nom du professionnel de la santé _____

Section D – Autres couvertures pour les médicaments

Régime provincial

Êtes-vous couvert par un régime provincial (ex.: RAMQ)? ☐ Oui ☐ Non

- Si Oui : Veuillez nous faire parvenir une copie du formulaire soumis à l'autre assureur et une copie de l'acceptation ou du refus.

Régime privé

Déterminez-vous une **autre couverture médicament** auprès d'un **autre assureur privé** (autre que celle détenue avec UV Assurance)? ☐ Oui ☐ Non

- Si Oui : Veuillez nous faire parvenir une copie du formulaire soumis à l'autre assureur et une copie de l'acceptation ou du refus.

Nom de l'assureur privé _____

Lien de parenté entre l'adhérent et le détenteur de **l'autre contrat d'assurance** ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant à charge

S'il s'agit d'une personne à charge, indiquer la date de naissance du détenteur du contrat chez l'autre assureur

Je consens à ce que les tiers mentionnés ci-dessus à la section A puissent fournir à UV Assurance les informations requises à l'analyse de ma demande, notamment mon profil pharmacologique, mes conditions médicales, mes résultats de prélèvements sanguins, des rapports d'imagerie, des scores médicaux, les coordonnées de mes pharmacies, la couverture de mes médicaments par mes assureurs précédents ainsi que les informations provenant de mon Dossier Santé Québec (DSQ). De même, j'autorise UV Assurance à communiquer cesdits renseignements aux tiers mentionnés ci-dessus. UV Assurance ne recueillera et ne communiquera que les renseignements personnels qui sont strictement nécessaires à l'analyse de la présente demande.

Sachez qu'en tout temps, vous pouvez retirer votre consentement à la communication ou à l'utilisation de vos renseignements personnels. Le retrait de votre consentement peut toutefois entraîner des conséquences légales ou contractuelles dans le cadre de l'administration de votre Contrat d'assurance. UV Assurance veillera à vous expliquer cesdites conséquences, le cas échéant. Pour faire corriger vos renseignements (qui seraient notamment inexacts, incomplets ou périmés), consulter votre dossier ou pour retirer votre consentement, vous devez faire une demande écrite à l'attention du Responsable de la protection des renseignements personnels de UV Assurance à l'adresse suivante : 1990 rue Jean-Berchmans-Michaud, Drummondville (QC) J2C 7G7.

Signature

X _____ Date

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

Signature de l'assuré Nom du signataire en lettres moulées