

Demande de prestations d'assurance invalidité - Déclaration du réclamant

Important : Veuillez transmettre ce formulaire à l'assureur dans les plus brefs délais suivant votre qualification aux prestations d'invalidité ou à l'exonération de prime. Toute demande initiale doit inclure une déclaration du réclamant et une déclaration du médecin traitant dûment complétées et signées. Également, bien vouloir inclure une copie du contrat de prêt et du relevé des versements à la date d'invalidité, si assurance prêt hypothécaire.

Section A – Collecte, utilisation et communication des renseignements personnels

Par le présent formulaire, la collecte des renseignements personnels permet à UV Assurance de procéder au traitement de la réclamation d'assurance en lien avec le contrat identifié ci-dessous.

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 – Identification

1. N° contrat _____
2. Prénom _____ Nom _____
3. Adresse _____
Ville _____ Province _____ Pays _____ Code postal _____
4. Téléphone _____ Poste _____
5. Date de naissance _____

Section C – Renseignements invalidité

1. Date de début de l'invalidité _____
2. Cause de l'invalidité _____
3. À partir de quelle date étiez-vous dans l'impossibilité de travailler? _____
4. À quelle date avez-vous consulté un médecin pour la première fois après l'arrêt de travail? _____
Nom du médecin _____
5. À quelle date prévoyez-vous retourner au travail? _____ Avez-vous été hospitalisé? ☐ Oui ☐ Non
Si **Oui**, durant quelle période? Du _____ au _____
Nom de l'hôpital _____
6. Votre invalidité est-elle causée par un accident? ☐ Oui ☐ Non
Si **Oui**, quand l'accident est-il survenu? _____ Heure _____ ☐ A.M. ☐ P.M.
À quel endroit l'accident est-il survenu? _____
Décrivez les circonstances de cet accident :

7. Avez-vous déjà souffert d'un problème semblable? ☐ Oui ☐ Non Si **Oui**, précisez :

8. Recevez-vous d'autres revenus d'invalidité? ☐ Oui ☐ Non
Si **Oui**, de quelle source? _____ Depuis quelle date? _____

Section D – Informations de l'employeur actuel

1. Nom _____
2. Adresse _____
Ville _____ Province _____ Pays _____ Code postal _____
3. Occupation _____
4. Nombre d'heures travaillées par semaine _____

Section E – Demande de prestations

Avez-vous placé une demande de prestations auprès :

Organisme	Demande placée		Date	Décision		Rép. en attente
	Oui	Non		Acceptée	Refusée	
Du régime de pension du Canada	☐	☐	A M J	☐	☐	☐
De la régie des rentes du Québec	☐	☐	A M J	☐	☐	☐
Du centre d'emploi et immigration Canada (C.E.I.C)	☐	☐	A M J	☐	☐	☐
De la commission de la santé et de la sécurité du travail (C.S.ST.)	☐	☐	A M J	☐	☐	☐
De la société de l'assurance automobile du Québec (S.A.A.Q.)	☐	☐	A M J	☐	☐	☐
Ou de tout autre organisme ou assureurs	☐	☐	A M J	☐	☐	☐

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

Section F – Autorisation 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 consens à la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels contenus aux présentes.

Signature _____

Finalement, en apposant sa signature ci-dessous, le soussigné certifie que les renseignements fournis sont complets et véridiques et qu'une photocopie des présentes a la même valeur que l'original.

X _____ Date

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

