

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

Section A – Collecte de renseignements personnels

Par le présent formulaire, la collecte des renseignements personnels permet à UV Assurance de recueillir vos renseignements personnels se rattachant à votre situation d'invalidité afin de poursuivre le processus de réclamation de l'assurance dette.

Les renseignements personnels collectés servent à :

- ▶ Procéder à une identification;
- ▶ Débuter ou poursuivre un processus de réclamation suite à une situation d'invalidité;
- ▶ 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 du réclamant

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

A	M	J

 4. Téléphone

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

 -

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

 5. N° RAMQ _____
6. Courriel _____
7. Adresse _____
Ville _____ Province _____ Pays _____ Code postal _____

Section C – Informations sur l'invalidité

1. Date de début de l'invalidité

A	M	J
2. Raison de l'invalidité _____
3. L'invalidité est-elle due à un accident? ☐ Oui ☐ Non (passez à la question 7) Si **Oui**, date de l'accident

A	M	J
4. À quel endroit est survenu l'accident? _____
5. À quelle heure est survenu l'accident? _____ ☐ AM ☐ PM
6. Veuillez décrire les circonstances de l'accident en détail :
7. Avez-vous reçu un choc ou un impact avec une cause externe? ☐ Oui ☐ Non
8. L'invalidité est-elle due à une maladie? ☐ Oui ☐ Non
Si **Oui**, à quelle date sont apparus les premiers symptômes?

A	M	J
9. Date de la première consultation médicale

A	M	J

 Lieu _____
10. Médecin traitant _____ Médecin de famille _____
11. Précisez les lésions et symptômes subis pour cette invalidité :
12. Tests passés _____
13. Traitements actuels _____
14. Avez-vous été hospitalisé? ☐ Oui ☐ Non
Si **Oui**, du

A	M	J

 au

A	M	J

Nom de l'hôpital _____ Adresse _____

Section C – Informations sur l'invalidité (suite)

15. Veuillez indiquer le nom des médecins consultés dans les 5 dernières années, incluant sa spécialité, son adresse ainsi que la date et la raison de la consultation :

Nom du médecin	Spécialité	Clinique ou hôpital	Date	Raison
			A M J	
			A M J	
			A M J	
			A M J	
			A M J	

16. Avez-vous déjà souffert de la même maladie ou d'une maladie connexe ou d'un accident similaire? ☐ Oui ☐ Non

Si **Oui**, la date A M J Raison _____ Médecin _____

Section D – Informations sur l'emploi

- ☐ Si vous étiez actif sur le marché du travail au début de l'invalidité, veuillez répondre aux questions suivantes :

- Emploi occupé au moment de l'invalidité _____
- Décrivez sommairement vos tâches, incluant les pourcentages représentant les tâches manuelles, administratives, etc.
- Nom de l'employeur _____
- Adresse (numéro, rue) _____ Bureau _____
Ville _____ Province _____ Code postal _____
- Avez-vous encore votre lien d'emploi? ☐ Oui ☐ Non Si **Non**, depuis quelle date? A M J
- Date du dernier jour travaillé A M J
- Si vous avez effectué du travail à temps partiel, en travaux légers ou en assignation temporaire avant votre arrêt complet, veuillez préciser les périodes :
☐ À temps partiel du A M J au A M J
☐ En travaux légers du A M J au A M J
☐ En assignation temporaire du A M J au A M J
- Date prévue du retour au travail A M J

- ☐ Si vous n'étiez pas actif sur le marché du travail au début de l'invalidité, veuillez répondre à la question suivante :

1. Depuis quelle date êtes-vous en état d'invalidité totale? A M J

Déclaration des sources de revenus :

- Recevez-vous des prestations d'invalidité d'une autre compagnie d'assurance? ☐ Oui ☐ Non
Si **Oui**, veuillez inscrire le nom de la compagnie d'assurance _____ Depuis quelle date? A M J
Type de contrat _____ Montant de la prestation _____
- Avez-vous demandé ou avez-vous l'intention de demander des prestations auprès des organismes suivants?

Organisations	Date	Statut*
☐ EDSC (assurance emploi maladie)	A M J	
☐ RRQ/RPC	A M J	
☐ CNESST/WSIB	A M J	
☐ IVAC	A M J	
☐ SAAQ	A M J	
☐ Autre :	A M J	

*Statut : accepté (1), refusé (2), à l'étude (3) ou en appel de décision (4).

Section E – Preuves à fournir

Preuves de prêts, émises par l'institution financière, à fournir pour une réclamation en assurance dette :

- ☐ Copie de chaque contrat ou convention de prêt ou marges de crédit (hypothécaire, personnel, véhicule, étudiant, commercial ou financement)
- ☐ Copie de l'état de compte incluant le solde de chaque prêt ou marge à la date de début de l'invalidité
- ou**
- ☐ Copie du bail

Remarque : Il est important de fournir tous les renseignements requis pour l'évaluation de votre demande afin d'éviter des délais additionnels dans le traitement de votre dossier.

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, 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 à la même valeur que l'original.

X _____ Date _____

Signature Nom du signataire en lettres moulées

