

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

Le présent formulaire permet à UV Assurance de recueillir les informations relatives à l'état de santé de la personne assurée dans le but de débiter ou poursuivre une demande de réclamation.

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 – Questionnaire

1. Contrat n° _____

2. Prénom _____ Nom _____

3. Date de naissance _____

4. Type de maladie :

- | | | | |
|--|--|---|---|
| ☐ Cancer | ☐ Tumeur cérébrale bénigne | ☐ Paralysie | ☐ Remplacement des valves du coeur |
| ☐ ACV | ☐ Maladie du motoneurone | ☐ Perte d'autonomie | ☐ Chirurgie coronarienne |
| ☐ Crise cardiaque | ☐ Maladie de Parkinson | ☐ Perte de la parole | ☐ Chirurgie de l'aorte |
| ☐ Maladie d'Alzheimer | ☐ Perte de membres | ☐ Surdité | ☐ Sclérose en plaques |
| ☐ Insuffisance rénale | ☐ Brûlures | ☐ Infection au VIH | ☐ Cécité |
| ☐ Coma | ☐ Transplantation ou insuffisance d'un organe vital | ☐ Autres _____ | |

5. Veuillez indiquer le degré et la sévérité d'atteinte à la maladie _____

6. Veuillez indiquer la date d'apparition des premiers symptômes pour cette maladie _____

7. Veuillez indiquer la date du diagnostic _____

8.   quelle date votre patient a-t-il été avis  de ce diagnostic? _____

9.  tes-vous le médecin traitant régulier du patient? ☐ Oui ☐ Non

Si **Oui**, veuillez nous fournir des copies de vos archives, enquêtes effectuées (ex. : résonance magnétique, CT scan, résultats laboratoire, électromyographie, biopsie des muscles, test de chromosomes,) diagnostics, rapport de consultations et sommaires des hospitalisations.

Si **Non**, veuillez nous fournir le nom complet et l'adresse du médecin traitant régulier du patient ainsi que les noms et adresses de tous les consultants, spécialistes ou hôpitaux où le patient a été traité ou référé.

10. Existe-t-il des notes sur l'historique familial relatant d'une maladie connexe, ou un autre historique familial connexe? ☐ Oui ☐ Non

Si **Oui**, précisez

11. Veuillez d'écrire l'épisode initial :

Nature de l'épisode _____

Durée des symptômes aigus _____

12. Veuillez détailler les habitudes du patient ainsi que son historique médical qui auraient pu augmenter le risque ou contribuer à son état.

--

13. Est-ce qu'une opération a été requise ou est à prévoir? ☐ Oui ☐ Non Si **Oui**, précisez :

Date  Nature de l'intervention _____

14. Veuillez détailler les habitudes du patient quant à la cigarette, incluant selon vos informations et si tel est le cas, combien de cigarettes le patient fumait-il dans le passé et combien en fume-t-il aujourd'hui?

15. Date de retour aux activités normales et/ou limitations physiques et mentales actuelles?

16. Si vous possédez d'autres informations de nature médicale susceptible de nous aider dans l'évaluation de cette demande, veuillez nous les fournir.

Section C – Consentement et signature

Sachez que si l'un des renseignements personnels divulgué dans ce formulaire est inexact, incomplet ou ambigu, l'assuré peut exiger sa rectification en adressant une demande auprès de UV Assurance.

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

En tant que médecin traitant, je déclare agir en conformité avec les lois et règlements liés à la protection des renseignements personnels.

En apposant ma signature au bas de ce formulaire, je confirme l'exactitude des informations fournies.

Signature du médecin

1. Prénom _____ Nom _____

2. Adresse principale _____

Ville _____ Province _____ Pays _____ Code postal _____

3. Spécialité _____ 4. Téléphone _____ - _____ Poste _____

Date | A | M | J

Signature

Nom du signataire en lettres moulées

Envoyer le formulaire à l'adresse courriel suivante : ind.client@uvassurance.ca

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.

