

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

Section A – Identification de l'adhérent

1. N° de contrat _____
2. Prénom _____ Nom _____

Section B – Questionnaire

1. En date du ^A ^M ^J, j'ai déclaré à L'Union-Vie, Compagnie mutuelle d'assurance (« UV Assurance »), avoir subi une blessure ou une lésion, une maladie ou tout autre événement ayant entraîné ou susceptible d'entraîner, une incapacité de travail et pouvant faire l'objet d'une demande d'indemnisation auprès de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST), à la société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), à l'Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC) ou à tout autre organisme d'indemnisation applicable à ma situation d'invalidité, et ce, le ou vers le ^A ^M ^J.
Ainsi, je déclare que depuis cette date jusqu'à la date de signature de la présente déclaration :
 - a) Je suis régulièrement suivi par un médecin en lien avec ma Situation d'invalidité;
 - b) Je n'ai effectué aucun travail rémunérateur; et
 - c) Je ne reçois aucune prestation en lien avec ma Situation d'invalidité.
2. ☐ En date du ^A ^M ^J, j'ai soumis une demande d'indemnité à la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST), à la société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), à l'Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC) ou à tout autre organisme d'indemnisation applicable en lien avec ma Situation d'invalidité et cette demande est présentement à l'étude.
☐ En date du ^A ^M ^J, je m'engage à présenter, dans un délai maximum de 10 jours suivant la date de la présente déclaration, une demande d'indemnité auprès de l'organisme payeur applicable à ma Situation d'invalidité
3. Si je souhaite retirer ma demande d'indemnité auprès de l'organisme payeur et/ou avant d'accepter tout règlement ou médiation concernant celle-ci avant d'avoir reçu la première décision de leur part, je m'engage à consulter UV Assurance en temps opportun et à obtenir l'autorisation écrite de cette dernière avant de procéder.
4. Dans le cas où je retire ma demande d'indemnité auprès de l'organisme payeur ou si je conviens d'un règlement ou d'un processus de médiation en regard de celle-ci, avant d'avoir reçu la première décision de leur part et sans avoir préalablement obtenu le consentement écrit de UV Assurance, je m'engage à rembourser cette dernière dans les plus brefs délais, pour un montant égal à la somme des prestations d'invalidité brute qu'elle m'aura payées à cette date, le cas échéant, et j'accepte qu'à compter de cette date, aucune prestation ne sera payable par UV Assurance en lien, de près ou de loin, avec ma Situation d'invalidité, de même qu'en lien avec toute récidive liée à celle-ci.
5. Dans le cas où ma demande d'indemnité auprès de l'organisme payeur est acceptée, je m'engage à rembourser UV Assurance pour un montant égal à la somme brute des prestations d'invalidité qu'elle m'aura payées à cette date en lien avec ma Situation d'invalidité, le cas échéant, et ce, dans un délai de dix (10) jours suivant la réception, par moi, de la première somme versée par l'organisme payeur.
6. En cas de décès, j'autorise UV Assurance, à se rembourser à même le produit de ma protection d'assurance vie pour toutes sommes qui pourraient être dues en vertu des présentes.
7. En considération de ce qui précède, je reconnais que UV Assurance accepte de me verser les prestations d'invalidité en lien avec ma Situation d'invalidité conformément à ce qui est prévu à mon contrat d'assurance, mais ce, en considération des présentes déclarations et engagements et en attendant une décision finale quant à ma demande d'indemnité effectuée auprès de l'organisme payeur. Je reconnais qu'il en est ainsi, puisque mon contrat d'assurance ne me protège pas en cas d'invalidité résultant d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle.

Section B – Questionnaire (suite)

8. Finalement, je reconnais que le paiement, par UV Assurance des prestations d'invalidité en lien avec ma Situation d'invalidité dans l'attente de la décision de l'organisme payeur, ne constitue en aucun temps et d'aucune manière, une renonciation par UV Assurance à toute exception ou exclusion prévue à mon contrat d'assurance, et ce, autant pour ma Situation d'invalidité actuelle que pour toute autre événement futur.
9. Toute dette engendrée en raison d'une double indemnisation, soit la réception de prestations d'invalidité par UV Assurance et par l'organisme payeur, relativement à ma Situation d'invalidité, sera considérée comme frauduleuse au sens des lois applicables, et ainsi, non-libérable en matière de faillite.

Section C – Signatures

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
---	---	---

X _____ Date

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

Signature du témoin Nom du signataire en lettres moulées

