UV ASSURANCE

ASSURANCE INDIVIDUELLE ET INVESTISSEMENT

Questionnaire maladie

FQC046

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 des renseignements personnels permet à UV Assurance de procéder à une prise de décision concernant votre demande d'assurance.

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 – Information sur l'assuré

1. Contrat nº _____
2. Prénom _____ Nom _____
3. Date de naissance A M J

Section C – Questionnaire

1. Quel est le nom de la maladie ou de la condition médicale à l'origine de votre état actuel? _____
2. À quelle date les premiers symptômes sont-ils apparus? A M J
3. Veuillez décrire dans vos mots les symptômes ressentis:

4. Veuillez indiquer la ou les dates de consultation, le nom du médecin consulté ainsi que le nom de l'établissement médical ou de la clinique.

Date	Nom du médecin	Nom de l'établissement médical ou de la clinique
A M J		
A M J		
A M J		

5. Quel diagnostic médical a été posé? _____
6. Veuillez indiquer la date des tests effectués, leur nom ainsi que les résultats obtenus.

Date	Tests	Résultats
A M J		
A M J		
A M J		
A M J		

7. Quel traitement a été prescrit? _____
8. Quels médicaments ont été prescrits? _____

Section C – Questionnaire (suite)

9. Avez-vous subi une chirurgie? ☐ Oui ☐ Non Si **Oui**, veuillez indiquer le type de chirurgie subie ainsi que la date de l'intervention.

Type de chirurgie _____ Date A M J

10. Êtes-vous complètement rétabli? ☐ Oui ☐ Non Si **Non**, veuillez préciser :

_____

11. Avez-vous des séquelles permanentes? ☐ Oui ☐ Non Si **Oui**, veuillez préciser :

_____

12. D'autres consultations médicales sont-elles à prévoir? ☐ Oui ☐ Non Si **Oui**, veuillez préciser :

_____

Section F – Consentement et signatures

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 consent à la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels contenus aux présentes. Le présent consentement vaut également pour la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels des bénéficiaires auprès desquels le soussigné atteste avoir préalablement obtenu le consentement.

Signature

Finalement, en apposant sa signature ci-dessous, le soussigné, étant la personne à assurer certifie que les renseignements fournis sont complets et véridiques. Il reconnaît que ces renseignements feront partie intégrante de sa proposition d'assurance auprès d'UV Assurance et qu'une photocopie du présent document aura la même valeur que l'original.

Signé à _____ Date A M J

X _____ _____

Signature de la personne à assurer | Nom du signataire en lettres moulées

X _____ _____

Signature du propriétaire (requise si l'assuré est mineur) | Nom du signataire en lettres moulées

UV Assurance est une marque de commerce déposée de L'Union-Vie, compagnie mutuelle d'assurance.