UV ASSURANCE

ASSURANCE INDIVIDUELLE

Questionnaire système musculo-squelettique

FQC067

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 prendre une décision sur 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. Nº de proposition ou de contrat _____
2. Prénom de l'assuré _____ Nom _____
3. Date de naissance A M J

Section C – Questionnaire

1. Veuillez indiquer la date de l'événement reliée au système musculo-squelettique A M J
2. Quelle est la localisation exacte de la douleur ou de la blessure? _____
3. Comment cette blessure vous est-elle arrivée?

4. Quelle est la fréquence des douleurs? _____
5. Quel est le diagnostic médical posé? _____
6. Est-ce que des médicaments ont été prescrits? ☐ Non ☐ Oui Si **Oui**, complétez le tableau suivant :

Nom du médicament	Dose	Fréquence	Date du dernier usage
			A M J
			A M J
			A M J

7. Avez-vous eu des traitements tels que physiothérapie, chiropratique, ostéopathie, ou autres? ☐ Non ☐ Oui
   Si **Oui**, complétez le tableau suivant :

Type de traitement	Nom du thérapeute ou de la clinique	Adresse	Fréquence	Date de la dernière consultation
				A M J
				A M J
				A M J

8. Votre blessure a-t-elle nécessité le port d'un appareil orthopédique quelconque? ☐ Non ☐ Oui
   Si **Oui**, expliquez : _____

Section C – Questionnaire (suite)

9. Avez-vous subi une opération? ☐ Non ☐ Oui Si **Oui**, précisez le type d'opération : _____

Date A M J Endroit _____

10. Quelle est la durée de l'arrêt de travail? Du A M J au A M J

Si plus d'une fois : Du A M J au A M J

11. Êtes-vous complètement rétabli? ☐ Non ☐ Oui Si **Oui**, depuis quand? A M J

Si **Non**, veuillez indiquer les détails :

12. Avez-vous des séquelles permanentes? ☐ Non ☐ Oui Si **Oui**, précisez : _____

13. Veuillez indiquer les nom(s) et adresse(s) du ou des médecin(s) consulté(s) :

Nom du médecin	Adresse

14. D'autres consultations médicales sont-elles à prévoir? ☐ Non ☐ Oui Si **Oui**, précisez :

Nom du médecin	Adresse

Section D – 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 consens 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.

Je, soussigné(e), étant la personne à assurer, déclare que l'information ci-dessus est complète et véridique et qu'elle fera partie de ma proposition d'assurance auprès de UV Assurance.

Signé à _____ A M J

X _____ _____

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

X _____ _____

Signature du propriétaire | Nom du signataire en lettres moulées

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