UV ASSURANCE

ASSURANCE INDIVIDUELLE

Questionnaire relatif à l'hypertension artérielle

FQC057

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 collecter vos renseignements personnels. La collecte de vos renseignements nous permettent principalement de 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 – Informations 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. Date du diagnostic de tension artérielle élevée A M J
2. Quelles sont les lectures de tension artérielle au moment du diagnostic? _____
3. Depuis quelle date êtes-vous sous traitement? A M J
4. Nom et dosage des médicaments prescrits :

5. Prenez-vous vos médicaments régulièrement? ☐ Oui ☐ Non
   Si **Non**, précisez : _____
6. Veuillez inscrire les dates et vos 3 dernières lectures de tension artérielle :

Dates	Tensions artérielles
A M J	
A M J	
A M J	

7. Nom du médecin traitant _____
   Adresse du médecin traitant _____
   Ville _____ Province _____ Pays _____ Code postal _____
8. Fréquence des suivis de contrôle ☐ 3 mois ☐ 6 mois ☐ Année ☐ Autre _____
   Depuis quelle date êtes-vous sous traitement? A M J

Section C – Questionnaire (suite)

9. Avez-vous subi un électrocardiogramme? ☐ Oui ☐ Non

Date A M J Résultat _____

10. Avez-vous déjà été hospitalisé pour tension artérielle élevée? ☐ Oui ☐ Non

Si **Oui**, inscrire la date A M J Endroit _____

11. Avez-vous eu des complications telles que :

- ☐ Accident cérébrovasculaire _____
- ☐ Ischémie cérébrale transitoire _____
- ☐ Engourdissement _____
- ☐ Paralysie _____
- ☐ Troubles rénaux _____
- ☐ Autres _____

12. Autres commentaires pertinents

Section D – 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. 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 certifie que les renseignements fournis sont complets et véridiques et qu'une photocopie des présentes à 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.