UV ASSURANCE

ASSURANCE INDIVIDUELLE

Questionnaire sur le diabète

FQC064

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 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 – Identification de l'assuré

1. Nº de proposition ou de contrat _____
2. Prénom _____ Nom _____
3. Date de naissance A M J

Section C – Questionnaire

1. Date du diagnostic de diabète A M J
2. Êtes-vous sous surveillance médicale? ☐ Oui ☐ Non

Médecin traitant

1. Prénom _____ Nom _____
2. Médecin traitant depuis combien d'années? _____
3. Adresse de la clinique _____

   Ville _____ Province _____ Pays _____ Code postal _____
4. Date de la dernière consultation A M J
5. Quels sont les traitements?

Traitement	Oui	Non	Dosage
Insuline	☐	☐	
Médication orale	☐	☐	

6. Suivez-vous un régime diabétique? ☐ Oui ☐ Non
7. Vérifiez-vous vous même votre dosage de sucre à l'aide d'un glucomètre? ☐ Oui ☐ Non

   Si **Oui**, fréquence et résultat des 3 dernières prises :

Date	Résultat
A M J	
A M J	
A M J	

8. Quelle est la fréquence de vos suivis de glycémie avec votre médecin? _____

   Date et résultat de la dernière glycémie par votre médecin? A M J Résultat _____

Section C – Questionnaire (suite)

9. Avez-vous déjà eu des épisodes de coma diabétique ou des réactions à l'insuline? ☐ Non ☐ Oui

Si **Oui**, date(s) : A M J A M J A M J

10. Avez-vous déjà eu des troubles?

☐ Cardiaques et vasculaires ☐ Pulmonaires ☐ Rénaux ☐ Hypertension artérielle ☐ Maladie de peau

☐ Rétinopathie et/ou cataracte ☐ Neuropathie ☐ Coma ☐ Névrite et rhumatisme ☐ Albumine dans les urines

11. Remarques supplémentaires (s'il y a lieu)

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.

Signatures

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 | Nom du signataire en lettres moulées

(si la personne à assurer a moins de 18 ans, la signature du père, de la mère ou du tuteur est requise)

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