UV ASSURANCE

ASSURANCE COLLECTIVE

Autorisation à la cueillette et à la communication de renseignement personnels à des tiers

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

Le présent formulaire permet à UV Assurance d'obtenir votre consentement valide (par l'entremise de votre signature) à la cueillette et à la communication de vos renseignements personnels aux fins d'administration de votre dossier de réclamation actuel.*
Avec votre consentement, UV Assurance pourra recueillir vos renseignements personnels nécessaires concernant votre état de santé, vos antécédents médicaux ainsi que votre admissibilité aux prestations.

Cette cueillette pourra s'effectuer auprès de toute personne physique ou morale, ainsi que tout organisme public, parapublic ou privé, notamment et sans s'y limiter, tout professionnel de la santé (en hôpital, clinique médicale ou paramédicale), tout organisme ou établissement de santé, tout régime public d'assurance maladie, tout régime public de retraite, les compagnies d'assurances, les ré-assureurs, les agents de renseignements personnels ou les agences d'investigation, l'administrateur de régime et ses représentants, votre preneur, vos employeurs ou ex-employeurs.

À noter que tout renseignement personnel communiqué en trop à UV Assurance qui ne fait pas l'objet de la présente demande ne sera pas collecté ni utilisé.

* La présente autorisation est seulement valide pour le dossier mentionné ci-dessous.

Section B – 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, le soussigné 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.**

En apposant sa signature, le soussigné autorise UV Assurance à communiquer aux tiers énumérés dans le présent formulaire qu'à ses réassureurs les renseignements personnels concernés. Cette autorisation est valide pour tout document produit avant la date de signature de cette autorisation ainsi que tout document produit dans les 90 jours suivant la date de signature de cette autorisation.

Une photocopie, une copie électronique ou numérisée de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature

1. N° de groupe _____ N° de certificat _____
2. Adresse _____
   Ville _____ Province _____ Code postal _____

Finalement, en apposant sa signature ci-dessous, le soussigné confirme avoir lu et accepté les informations mentionnées au présent formulaire et atteste qu'une photocopie des présentes a la même valeur que l'original.

Signé à _____ Date A M J

X _____ _____

Signature | Nom du signataire en lettres moulées

C.P. 696, Drummondville (Québec) J2B 6W9 ■ Téléphone : 819 478-1315 ■ Sans frais : 1 800 567-0988 ■ Télécopieur : 819 474-1990

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