

CERTIFICAT  
(RÉSERVÉ À L'ASSUREUR)

NOM DE L'EMPLOYEUR		GROUPE	DIVISION	NO. D'EMPLOYÉ	NO. D'ASS. SOCIALE	COURRIEL DE L'EMPLOYÉ (REQUIS)	
NOM DE L'EMPLOYÉ		PRÉNOM			LANGUE <input type="checkbox"/> FR. <input type="checkbox"/> EN.	SEXE <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	DATE DE NAISSANCE A M J
ADRESSE DE L'EMPLOYÉ							
N° RUE		N° APP		VILLE		PROVINCE	
DATE D'EMPLOI A M J	OCCUPATION	CLASSE	SALAIRE \$	<input type="checkbox"/> ANNUEL <input type="checkbox"/> MENSUEL	<input type="checkbox"/> HEBDOMADAIRE <input type="checkbox"/> HORAIRE	NO. DE TÉLÉPHONE	
ÉTAT CIVIL : <input type="checkbox"/> CÉLIBATAIRE <input type="checkbox"/> SÉPARÉ <input type="checkbox"/> DIVORCÉ <input type="checkbox"/> MARIÉ <input type="checkbox"/> CONJOINT DE FAIT				DATE DU DÉBUT DE COHABITATION : A M J			

**COUVERTURE FOURNIR LES DÉTAILS DANS LA SECTION DES PERSONNES À CHARGE (PAC) S'IL Y A LIEU**

PROTECTION DÉSIRÉE :	<input type="checkbox"/> INDIVIDUELLE AVEC VIE DES PAC	<input type="checkbox"/> INDIVIDUELLE	<input type="checkbox"/> COUPLE	<input type="checkbox"/> FAMILIALE	<input type="checkbox"/> MONOPARENTALE
VOTRE CONJOINT EST-IL COUVERT PAR UN AUTRE RÉGIME :	PROTECTION DÉTENUE PAR VOTRE CONJOINT :				
D'ASSURANCE MALADIE :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON			
D'ASSURANCE DENTAIRE :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> INDIVIDUELLE	<input type="checkbox"/> FAMILIALE	<input type="checkbox"/> MONOPARENTALE
			<input type="checkbox"/> INDIVIDUELLE	<input type="checkbox"/> FAMILIALE	<input type="checkbox"/> MONOPARENTALE
				<input type="checkbox"/> COUPLE	<input type="checkbox"/> COUPLE

**DEMANDE D'EXEMPTION**

<input type="checkbox"/> EXEMPTION - ADHÉRENT ET SES PERS. À CHARGE :	<input type="checkbox"/> GARANTIE SOINS MÉDICAUX ET MÉDICAMENTS	<input type="checkbox"/> GARANTIE SOINS DENTAIRES
<input type="checkbox"/> EXEMPTION DES PERS. À CHARGE SEULEMENT :	<input type="checkbox"/> GARANTIE SOINS MÉDICAUX ET MÉDICAMENTS	<input type="checkbox"/> GARANTIE SOINS DENTAIRES
NOM DE L'ASSUREUR DU CONJOINT :	# CONTRAT :	# DE CERTIFICAT :

**PERSONNES À CHARGE**

NOM	PRÉNOM	LIEN DE PARENTÉ	SEXE	DATE DE NAISSANCE	* PREUVE D'ÉTUDE TEMPS PLEIN REQUISE ** PREUVE REQUISE	ÉTUDIANT TEMPS PLEIN (21 ANS ET +)*	HANDICAPÉ **
		<input type="checkbox"/> CONJOINT <input type="checkbox"/> ENFANT	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	A M J		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
		<input type="checkbox"/> CONJOINT <input type="checkbox"/> ENFANT	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	A M J		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
		<input type="checkbox"/> CONJOINT <input type="checkbox"/> ENFANT	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	A M J		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
		<input type="checkbox"/> CONJOINT <input type="checkbox"/> ENFANT	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	A M J		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

**BÉNÉFICIAIRE AU DÉCÈS**
**IMPORTANT: AU QUÉBEC, À MOINS DE STIPULATION CONTRAIRE, LA DÉSIGNATION DU CONJOINT LÉGAL EST IRRÉVOCABLE**

NOM :	PRÉNOM :	LIEN DE PARENTÉ :	%	<input type="checkbox"/> RÉVOCABLE <input type="checkbox"/> IRRÉVOCABLE
NOM :	PRÉNOM :	LIEN DE PARENTÉ :	%	<input type="checkbox"/> RÉVOCABLE <input type="checkbox"/> IRRÉVOCABLE

**AUTORISATION**

J'AUTORISE TOUT PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ AINSI QUE TOUT ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ DE SANTÉ OU DE SERVICES SOCIAUX, TOUTE COMPAGNIE D'ASSURANCE, LE BUREAU DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (MIB), LES AGENTS DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS OU LES AGENCES D'INVESTIGATION ET DE SÉCURITÉ, MON EMPLOYEUR OU EX-EMPLOYEUR AINSI QUE TOUT ORGANISME PUBLIC DÉTENANT DES RENSEIGNEMENTS À LES TRANSMETTRE À L'ASSUREUR, À SES RÉASSUREURS ET À LEURS FOURNISSEURS DE SERVICES SI NÉCESSAIRE, POUR L'ÉVALUATION DU RISQUE OU À L'ÉTUDE DE TOUTE RÉCLAMATION.

J'AUTORISE ÉGALEMENT MON ASSUREUR, OU SES RÉASSUREURS À ÉCHANGER AVEC D'AUTRES ASSUREURS OU PERSONNES QUE J'AI INDIQUÉES À TITRE DE RÉFÉRENCE, LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS CONTENUS DANS LA PRÉSENTE DEMANDE ET À FAIRE ENQUÊTE AUPRÈS D'EUX POUR L'ÉVALUATION DU RISQUE OU LORS D'UNE RÉCLAMATION. J'AUTORISE ÉGALEMENT UV ASSURANCE (L'UNION-VIE COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE) À FAIRE UN BREF RAPPORT DE MES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PERSONNELS AU BUREAU DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (MIB).

JE M'ENGAGE À COLLABORER ET À SIGNER TOUT DOCUMENT D'AUTORISATION SPÉCIFIQUE QUI POURRAIT ÊTRE REQUIS OU NÉCESSAIRE POUR L'OBTENTION DES RENSEIGNEMENTS PERMETTANT À L'ASSUREUR D'ÉVALUER ADÉQUATEMENT LA SITUATION. UNE PHOTOCOPIE DE LA PRÉSENTE AUTORISATION OU DU PRÉSENT CONSENTEMENT A LA MÊME VALEUR QUE L'ORIGINAL.

EN CAS DE DÉCÈS, J'AUTORISE EXPRESSÉMENT LE BÉNÉFICIAIRE, L'HÉRITIÈRE OU LE LIQUIDATEUR DE MA SUCCESSION À FOURNIR À L'ASSUREUR, SES RÉASSUREURS ET À LEURS FOURNISSEURS DE SERVICES, LORSQUE REQUIS PAR CES DERNIERS, TOUTS RENSEIGNEMENTS OU AUTORISATIONS NÉCESSAIRES À L'ÉTUDE DE LA RÉCLAMATION DE DÉCÈS OU À L'OBTENTION DE PIÈCES JUSTIFICATIVES.

JE DEMANDE D'ADHÉRER AU CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE ÉMIS AU PRENEUR PAR UV ASSURANCE ET JE RECONNAIS AVOIR PRIS CONNAISSANCE DE L'AVIS RELATIF À LA CONSTITUTION D'UN DOSSIER PERSONNEL AU BAS DE LA PRÉSENTE.

**J'AUTORISE MON EMPLOYEUR À DÉDUIRE DE MON SALAIRE LES PRIMES REQUISES EN VERTU DES PROTECTIONS QUE J'AI CHOISIES ET À METTRE À JOUR LES RENSEIGNEMENTS NÉCESSAIRES À L'ADMINISTRATION DES DOSSIERS DE L'ASSUREUR. TOUT RENSEIGNEMENT FOURNI CONSTITUE UNE GARANTIE AFFIRMATIVE DE MA PART.**

DATE \_\_\_\_\_ SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ **X** \_\_\_\_\_

**A COMPLÉTER PAR L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME**

STATUT D'ENGAGEMENT <input type="checkbox"/> TEMPS PLEIN PERMANENT <input type="checkbox"/> TEMPS PARTIEL PERMANENT <input type="checkbox"/> TEMPS PLEIN TEMPORAIRE <input type="checkbox"/> TEMPS PARTIEL TEMPORAIRE	DATE D'ADMISSIBILITÉ A M J	REMARQUES
NOM DE L'ADMINISTRATEUR :	TÉLÉPHONE	
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS SONT EXACTS ET COMPLETS		
DATE _____	<b>X</b> _____ SIGNATURE DE L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME	

**AVIS RELATIF À LA CONSTITUTION D'UN DOSSIER**

LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS CE DOCUMENT SERONT DÉTENUS DANS VOTRE DOSSIER D'ASSURANCE AUPRÈS DE UV ASSURANCE ET DANS VOTRE DOSSIER PERSONNEL DE SANTÉ AUPRÈS DES FOURNISSEURS DE SERVICES DE L'ASSUREUR. CES RENSEIGNEMENTS SERVIRONT À ÉVALUER VOTRE DEMANDE D'ASSURANCE COLLECTIVE ET À TRAITER TOUTE DEMANDE DE RÉGLEMENT. SEULS LES EMPLOYÉS, MANDATAIRES ET FOURNISSEURS DE SERVICES DUMENT AUTORISÉS PAR UV ASSURANCE AURONT ACCÈS À CES INFORMATIONS DANS LA PRATIQUE COURANTE DES AFFAIRES DE L'ENTREPRISE. VOTRE DOSSIER AUPRÈS DE UV ASSURANCE SERA DÉTENU DANS LES BUREAUX DE UV ASSURANCE SUR DEMANDE ÉCRITE ET AVEC UN PRÉAVIS DE TRENTE 30 JOURS, VOUS AVEZ LE DROIT DE PRENDRE CONNAISSANCE DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS CONTENUS DANS VOTRE DOSSIER ET S'IL Y A LIEU, DE DEMANDER UNE RECTIFICATION SELON LES DISPOSITIONS DE LA LOI SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DANS LE SECTEUR PRIVÉ.

VEUILLEZ ADRESSER VOTRE DEMANDE PAR ÉCRIT À UV ASSURANCE, À L'ATTENTION DU RESPONSABLE DE L'ACCÈS À L'INFORMATION, C.P. 696, DRUMMONDVILLE, QUÉBEC J2B 6W9.