UV ASSURANCE

MALADIE GRAVE – DÉCLARATION DU DEMANDEUR

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro de police : _____ Date de naissance : _____/_____/_____
J M A

Adresse : _____

Code postal : _____ Numéro d'assurance maladie provincial : _____

Numéro de téléphone : ***maison*** ( ) _____ ***travail*** ( ) _____

Occupation : _____ Date du dernier jour travaillé : _____/_____/_____
J M A

Date du début des symptômes : _____/_____/_____
J M A

Date du diagnostic : _____/_____/_____
J M A

Date à laquelle vous avez été avisé du diagnostic : _____/_____/_____
J M A

1. **Veuillez nous donner tous les détails sur l'origine ainsi que le type de maladie dont vous souffrez actuellement :**

   _____

   _____

   _____

2. **Date de votre première consultation médicale pour cette maladie :** _____

3. **Nom et adresse du médecin consulté :** _____

   _____

   _____

4. **Était-il (elle) votre médecin traitant habituel?** Oui ❑ Non ❑

   Si non, qui vous a référé à ce médecin? _____

   Quelle est la date de vos premiers traitements pour cette maladie? _____

5. **Avez-vous déjà souffert de, ou reçu des traitements pour, une maladie connexe?** Oui ❑ Non ❑

   Si oui, indiquez-nous tous les détails et les dates :

   _____

   _____

6. **Veuillez nous indiquer les traitements que vous recevez actuellement en y incluant les détails et les dates de toutes investigations faites à l'hôpital, en clinique ou tous traitements reçus.**

   _____

   _____

   _____

7. **Y a-t-il des membres de votre famille qui ont déjà souffert d'une maladie connexe?** Oui ❑ Non ❑

   Si oui, veuillez nous indiquer quel est votre lien de parenté avec cette personne, le type de maladie dont elle souffre ainsi que l'âge à laquelle la maladie a été diagnostiquée.

   _____

   _____

UV ASSURANCE

8. **Fumez-vous?** Oui ❑ Non ❑

Si oui, quelle est votre consommation quotidienne? _____

Depuis quand fumez-vous? _____

_____

_____

Si non, avez-vous ***déjà*** fumé et si oui, quelle était votre consommation quotidienne à ce moment et depuis quand vous avez cessé?

_____

_____

_____

9. **Veuillez donner les noms, adresses et numéros de téléphone de tous les médecins qui vous ont traités ou les hôpitaux où vous avez été traités pour cette maladie (indiquez les dates et les raisons de vos visites) :**

_____

_____

_____

_____

10. **Si ce n'est pas déjà fait mention plus haut dans le questionnaire, veuillez donner le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de votre médecin de famille :**

Nom : _____

Adresse : _____

_____ Code postal _____

Téléphone : ( ) _____

DÉCLARATION/MALADIE

Je déclare que l'information donnée sur ce formulaire de réclamation est véridique et complète. Aux fins d'administration de mon dossier et d'étude des sinistres, j'autorise toute personne physique ou morale ou tout organisme public ou parapublic possédant des renseignements personnels à mon sujet concernant entre autres mon état de santé, mes antécédents médicaux ou mon admissibilité aux prestations, dont notamment tout médecin, dentiste, ou autre praticien, hôpital, clinique médicale ou paramédicale, S.A.A.Q., la R.A.M.Q., et le W.C.B., à les communiquer à L'Union-Vie ou à ses réassureurs sur demande. De même, j'autorise **L'Union-Vie** à communiquer aux dits tiers ainsi qu'à ses réassureurs lesdits renseignements. Pour les mêmes fins et pour recueillir le même type de renseignements, je consens également à ce que L'Union-Vie ou ses réassureurs puissent demander un rapport d'enquête à mon sujet.

Je reconnais qu'une photocopie du présent consentement, qui est valide pour la durée de cette réclamation, a la même valeur que l'original.

Je comprends que le formulaire complété ne constitue pas l'approbation de la réclamation par la Compagnie.

X _____ _____

SIGNATURE DE L'ASSURÉ **DATE**

UV ASSURANCE

AUTORISATION À LA CUEILLETTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS À DES TIERS

Aux fins d'administration de mon dossier et d'étude des sinistres, j'autorise toute personne physique ou morale ou tout organisme public ou parapublic possédant des renseignements personnels à mon sujet concernant entre autres mon état de santé, mes antécédents médicaux ou mon admissibilité aux prestations, dont notamment tout médecin, dentiste, ou autre praticien, hôpital, clinique médicale ou paramédicale, S.A.A.Q., la R.A.M.Q., et le W.C.B., à les communiquer à L'Union-Vie ou à ses réassureurs sur demande. De même, j'autorise L'Union-Vie à communiquer aux dits tiers ainsi qu'à ses réassureurs lesdits renseignements. Pour les mêmes fins et pour recueillir le même type de renseignements, je consens également à ce que L'Union-Vie ou ses réassureurs puissent demander un rapport d'enquête à mon sujet.

Une photocopie du présent consentement à la même valeur que l'original.

Signé à _____ ce _____ 20_____

X _____
TÉMOIN

X_____
SIGNATURE

ADRESSE _____
_____
_____