

VEUILLEZ ANNEXER VOS REÇUS ORIGINAUX ET LA RECOMMANDATION DU MÉDECIN À CE FORMULAIRE, S'IL Y A LIEU.  
**VOUS POUVEZ AUSSI SOUMETTRE VOS RÉCLAMATIONS EN LIGNE ET VISUALISER VOS RELEVÉS À PARTIR DE VOTRE DOSSIER D'ADHÉRENT AU WWW.UVASSURANCE.CA.**  
 LE NOM DE L'ASSURÉ, LE TYPE DE FRAIS, LA DATE DE PAIEMENT, LE NOM, L'ADRESSE, L'ASSOCIATION ET LE NO. DE PERMIS DU PROFESSIONNEL DOIVENT APPARAÎTRE SUR VOS REÇUS.  
 IL EST IMPORTANT DE CONSERVER UNE COPIE DE VOS REÇUS POUR VOS DOSSIERS, LES REÇUS ORIGINAUX NE VOUS SERONT PAS RETOURNÉS.

**RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT**

NOM ET PRÉNOM DE L'ADHÉRENT				ADRESSE COURRIEL		N° DE CERTIFICAT	
DÉPÔT DIRECT (Specimen de chèque requis)		TRANSIT	SUCC.	FOLIO	NOM DE L'EMPLOYEUR		GROUPE
<input type="checkbox"/> INSCRIPTION	<input type="checkbox"/> CHANGEMENT	5 CHIFFRES	3 CHIFFRES	7 CHIFFRES			
ADRESSE DE L'ADHÉRENT				VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

S'AGIT-IL DE NOUVEAUX RENSEIGNEMENTS? OUI  DATE EFFECTIVE DU CHANGEMENT : \_\_\_\_\_  
 AAAA / MM / JJ

**RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES ASSURÉES POUR QUI LA DEMANDE EST EFFECTUÉE** (VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS)

PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE (AAAA / MM / JJ)	SEXE	LIEN	FRAIS LIÉS À UN ACCIDENT DE LA ROUTE OU DU TRAVAIL ?	POSSÈDE UNE AUTRE ASSURANCE COLLECTIVE ?
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> ADHÉRENT <input type="checkbox"/> CONJOINT	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> CONJOINT <input type="checkbox"/> ENFANT*	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> CONJOINT <input type="checkbox"/> ENFANT*	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

\* LES ENFANTS ÂGÉS ENTRE 21 ET 26 ANS DOIVENT FOURNIR UNE ATTESTATION DE FRÉQUENTATION SCOLAIRE À TEMPS PLEIN AFIN DE CONSERVER LEUR ASSURANCE À TITRE D'ENFANT À CHARGE. UNE ATTESTATION EST REQUISE À CHAQUE SESSION. LES HORAIRES DE COURS DATÉS DE MOINS D'UN MOIS AVANT LE DÉBUT DE SESSION SONT ACCEPTÉS.

**VEUILLEZ REMPLIR CETTE SECTION SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI À L'UNE DES QUESTIONS CI-DESSUS**

<b>ACCIDENT</b> LES FRAIS DOIVENT ÊTRE PRÉSENTÉS À L'ORGANISME CONCERNÉ EN PREMIER.		DATE DE L'ACCIDENT AAAA / MM / JJ	TYPE D'ACCIDENT <input type="checkbox"/> DE LA ROUTE <input type="checkbox"/> DE TRAVAIL	
<b>COORDINATION</b> LE CONJOINT DOIT SOUMETTRE SES FRAIS À SON ASSUREUR EN PREMIER. LES FRAIS DES ENFANTS DOIVENT D'ABORD ÊTRE SOUMIS À L'ASSUREUR DU PARENT DONT L'ANNIVERSAIRE DE NAISSANCE ARRIVE EN PREMIER DANS L'ANNÉE CIVILE. LA COORDINATION EST EFFECTUÉE SUR PRÉSENTATION DES RELEVÉS DE PRESTATIONS DE L'AUTRE ASSUREUR OU ORGANISME ET DES COPIES DE REÇUS.	NOM DE L'ASSUREUR DE L'AUTRE CONTRAT ET PÉRIODE D'ASSURANCE <input type="checkbox"/> UV MUTUELLE : N° DE CERTIFICAT _____ <input type="checkbox"/> AUTRE : _____ DU : _____ AU : _____	TYPE DE PROTECTION <input type="checkbox"/> INDIVIDUELLE <input type="checkbox"/> COUPLE <input type="checkbox"/> MONOPARENTALE <input type="checkbox"/> FAMILIALE	GARANTIES DÉTENUES <input type="checkbox"/> MÉDICAMENTS <input type="checkbox"/> MALADIE <input type="checkbox"/> SOINS DENTAIRES <input type="checkbox"/> SOINS VISUELS <input type="checkbox"/> VOYAGE	

**MONTANT(S) SOUMIS**

MALADIE ET MÉDICAMENTS \$	SOINS DENTAIRES (Si applicable) \$	COMPTE DE GESTION SANTÉ (CGS) <input type="checkbox"/> APPLIQUER À MON CGS *	RÈGLEMENT À COÛT MAJORÉ * \$
------------------------------	---------------------------------------	---	---------------------------------

\* CGS : COCHEZ UNIQUEMENT SI DES FONDS SONT DISPONIBLES À VOTRE COMPTE OU SI LES FRAIS SONT REPORTABLES (S'APPLIQUE AU CGS AVEC REPORT DE FRAIS). LES FRAIS ADMISSIBLES NON REMBOURSÉS PAR VOS GARANTIES AU CONTRAT SERONT SOUMIS À VOTRE CGS. AVANT DE SOUMETTRE LES FRAIS AU CGS, VEUILLEZ LES PRÉSENTER À L'ASSUREUR DE VOTRE CONJOINT POUR COORDINATION S'IL Y A LIEU.

**DÉCLARATION ET AUTORISATION**

**J'ATTESTE** QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS DANS CETTE DEMANDE ET LES SUIVANTES SONT COMPLETS ET VÉRIDIQUES ET QUE LES FOURNITURES ET LES SERVICES ONT BIEN ÉTÉ PAYÉS OU RENDUS AUX DATES, AUX MONTANTS ET AUX ASSURÉS INDIQUÉS.

**J'AUTORISE** UV ASSURANCE ET SES RÉASSUREURS À RECUEILLIR, À UTILISER, À CONSERVER ET À DIVULGUER LES RENSEIGNEMENTS ME CONCERNANT ET CONCERNANT LES AUTRES ASSURÉS SUR MON CERTIFICAT POUR LA GESTION DE MON CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE ET LE TRAITEMENT DE CETTE DEMANDE ET DES SUIVANTES.

**JE COMPRENDS** QUE DES VÉRIFICATIONS PEUVENT ÊTRE EFFECTUÉES AFIN DE VALIDER L'INFORMATION FOURNIE ET QUE, SI UNE FRAUDE OU UN ABUS DES GARANTIES EST SOUPÇONNÉ, LES RENSEIGNEMENTS ME CONCERNANT ET CONCERNANT LES AUTRES ASSURÉS SUR MON CERTIFICAT PEUVENT ÊTRE DIVULGUÉS AUX AUTORITÉS CONCERNÉES, AUX PROMOTEURS DE RÉGIMES ET AUX AUTRES COMPAGNIES D'ASSURANCE ET DES CONSÉQUENCES POURRAIENT S'ENSUIVRE ADVENANT L'ÉTABLISSEMENT D'UNE PREUVE.

**JE SUIS AUTORISÉ** PAR MON CONJOINT ET/OU MES PERSONNES À CHARGE VISÉS À DIVULGUER ET À RECEVOIR DE L'INFORMATION À LEUR SUJET.

**JE RECONNAIS** QUE JE SUIS RESPONSABLE DE L'IMPÔT POUVANT ÊTRE EXIGÉ SUITE À UN REMBOURSEMENT EFFECTUÉ À PARTIR DE MON CGS. (SI APPLICABLE)

SIGNATURE DE L'ADHÉRENT : X DATE : X  
 AAAA / MM / JJ

**RETOURNER À :**

<b>UV ASSURANCE</b> C.P. 696, DRUMMONDVILLE, QUÉBEC J2B 6W9 TÉLÉPHONE : 819 478-1315 POSTE 2069 - SANS FRAIS : 1 800 567-0988 - TÉLÉCOPIEUR : 819 474-1990 Les réclamations reçues par télécopieur ne sont pas acceptées.
--