

DÉCLARATION DU DEMANDEUR

POLICE N°: _____

Cette demande doit être complétée par la personne assurée si elle est âgée de 14 ans ou plus. Si la personne assurée est incapable de le faire ou si elle est âgée de moins de 14 ans, le père, la mère, le tuteur ou le représentant légal de la personne assurée peut la compléter.

Nom et prénom de la personne assurée _____		Date de naissance _____/_____/_____ Année Mois Jour	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Adresse complète de la personne assurée _____ _____		Téléphone au travail (____) _____ Téléphone à la résidence (____) _____	
Date de l'accident _____/_____/_____ Année Mois Jour	Heure de l'accident _____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	Lieu de l'accident _____	
Description des circonstances de l'accident _____ _____			
Genre d'accident <input type="checkbox"/> de travail <input type="checkbox"/> de véhicule moteur <input type="checkbox"/> de sport <input type="checkbox"/> _____ Précisez		Nature des blessures _____	
Avez-vous consommé des boissons alcoolisées ou stupéfiants avant l'accident ? Oui ____ Non ____			
Si oui, précifiez _____			
Médecins qui ont traité la personne blessée _____ _____			
Nom et adresse		Nom et adresse	
La personne assurée est-elle couverte par un autre régime d'assurance (assurance collective ou autre)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Compagnie : _____		Numéro de contrat : _____	
Nom de l'assuré principal : _____		Numéro de certificat : _____	
Les garanties qui font l'objet de cette demande sont-elles couvertes par cet autre régime d'assurance? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
JE DÉCLARE QUE LES RÉPONSES DONNÉES CI-DESSUS SONT COMPLÈTES ET VÉRIDIQUES.			
X _____ SIGNATURE DE LA PERSONNE ASSURÉE (SI 14 ANS OU PLUS)		_____ DATE	
_____ NOM DU DEMANDEUR (SI LE DEMANDEUR EST DIFFÉRENT DE LA PERSONNE ASSURÉE)		_____ LIEN AVEC LA PERSONNE ASSURÉE	
_____ ADRESSE COMPLÈTE DU DEMANDEUR (SI LE DEMANDEUR EST DIFFÉRENT DE LA PERSONNE ASSURÉE)			
X _____ SIGNATURE DU DEMANDEUR		_____ DATE	

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

Aux fins de la gestion de notre dossier et de l'étude des réclamations, nous autorisons toute personne physique ou morale ou tout organisme public ou parapublic possédant des renseignements personnels à notre sujet concernant, entre autres, notre état de santé, nos antécédents médicaux ou notre admissibilité aux prestations, soit notamment tout médecin ou autre praticien, hôpital, clinique médicale ou paramédicale, laboratoire, compagnie d'assurance ou de réassurance, le MIB Inc., les agents de renseignements personnels, les intermédiaires de marché, toute institution financière, le preneur, notre employeur ou ex-employeur, la CSST, la RRQ, la SAAQ, la RAMQ, les agents d'investigation et de sécurité, les agences de données sur les risques et les sinistres, les organismes de prévention, de détection ou répression des crimes et des infractions, à les communiquer à L'Union-Vie ou à ses réassureurs sur demande. De même, nous autorisons L'Union-Vie à communiquer auxdits tiers ainsi qu'à ses réassureurs lesdits renseignements. Pour les mêmes fins et pour recueillir le même type de renseignements, nous consentons également à ce que L'Union-Vie ou ses réassureurs puissent demander un rapport d'enquête à notre sujet et utiliser les renseignements qu'ils détiennent dans d'autres dossiers en leur possession. Le présent consentement vaut également pour la cueillette, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant nos enfants mineurs. Aucune modification ou altération du présent consentement n'influera sur son contenu ni ne liera l'assureur.

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

X _____
SIGNATURE DE LA PERSONNE ASSURÉE (SI 14 ANS OU PLUS) DATE

NOM DU DEMANDEUR (SI LE DEMANDEUR EST DIFFÉRENT DE LA PERSONNE ASSURÉE) LIEN AVEC LA PERSONNE ASSURÉE

ADRESSE COMPLÈTE DU DEMANDEUR (SI LE DEMANDEUR EST DIFFÉRENT DE LA PERSONNE ASSURÉE)

X _____
SIGNATURE DU DEMANDEUR DATE

MARCHE À SUIVRE

Veillez nous soumettre la déclaration du demandeur, les documents requis, les factures originales et les autres pièces justificatives dans les 90 jours suivant la date de l'accident.

Coordination des prestations : Si la personne assurée est couverte par un autre régime d'assurance (régime public, privé ou assurance collective), le règlement doit d'abord être effectué auprès de l'organisme ou de la compagnie qui offre cette assurance. Par la suite, une copie de ce règlement doit nous être envoyée.

DOCUMENTS REQUIS

Fracture ou luxation totale : confirmation écrite du médecin ou copie du rapport écrit du radiologiste.

Fauteuil roulant, béquilles et appareils orthopédiques : recommandation médicale indiquant la durée de location et facture originale à la fin de la location.

Transport : détail des transports effectués (dates, lieux de départ et d'arrivée, distances parcourues).

Chiropraticien, physiothérapeute, ostéopathe, podiatre, orthophoniste, audiologiste ou psychologue : copie de la recommandation médicale et reçus originaux mentionnant la raison du traitement, la date et le coût de chaque visite.

Médicaments : facture indiquant le nom du médicament et preuve de règlement d'un autre assureur.

Décès, mutilation, invalidité (étudiants de 4 à 24 ans) et frais dentaires : veuillez nous contacter.

Autres frais engagés prévus au contrat : factures originales.

Veillez noter que des documents ou informations additionnels pourraient vous être demandés.