



DEMANDE DE RÈGLEMENT
PERTE ACCIDENTELLE D'UN MEMBRE
DE LA VUE OU PARALYSIE

ASSURANCE COLLECTIVE

GRUPE : _____

DÉCLARATION DU DEMANDEUR

CERTIFICAT : _____

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 _____			
Médecins qui ont traité la personne assurée _____ _____			
Nom et adresse _____		Nom et adresse _____	
Y a-t-il eu intervention chirurgicale? - Si oui, date et nature de l'intervention _____			
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	

	Nom	Adresse	Date
12 - A) Autres médecins traitants	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
B) Hôpital, sanatorium ou autres institutions qui l'ont traitée	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
13 - Commentaires	_____		

14 - Nom et adresse du médecin	_____	Spécialité : _____	
(En lettres moulées)	_____	Numéro de permis : _____	

X _____	_____		
SIGNATURE DU MÉDECIN	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