



**DEMANDE DE PRESTATIONS – ASSURANCES INDIVIDUELLES
PERTE ACCIDENTELLE DE MEMBRES, DE LA VUE OU
PARALYSIE SUITE À UN ACCIDENT**

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 _____ _____			
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	

DÉCLARATION MÉDICALE – ASSURANCES INDIVIDUELLES
PERTE ACCIDENTELLE DE MEMBRES, DE LA VUE OU
PARALYSIE SUITE À UN ACCIDENT

DÉCLARATION DU MÉDECIN

POLICE N° : _____

Les honoraires qui pourraient être exigés pour remplir la présente formule sont à la charge de la personne concernée.

1 - Nom de famille de la personne blessée - Prénom(s) _____		2 - Date de naissance ____/____/____ Année Mois Jour	
3 - Date de l'accident ____/____/____ Année Mois Jour		4 - Genre d'accident <input type="checkbox"/> de travail <input type="checkbox"/> de véhicule moteur <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> de sport Précisez _____	
5 – Au moment de l'accident, est-ce que la personne était sous l'influence de stupéfiants, d'alcool, ou alors qu'elle a eu une surdose d'hallucinogènes ou de drogue non dûment prescrite par un médecin, de poison, de gaz ou d'essence ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, nous fournir les détails et les résultats des tests : _____			

6-A) Description de la perte _____	
B) Est-ce que la perte résulte directement et uniquement des blessures subies à la suite de l'accident ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
C) Niveau de l'amputation ou % de perte d'usage _____	Date de la perte ____/____/____ Année Mois jour

7 - La perte d'usage est-elle complète et irrécouvrable? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, depuis quand ? _____	Perte <input type="checkbox"/> Oeil <input type="checkbox"/> Main <input type="checkbox"/> Pied <input type="checkbox"/> _____	Gauche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Droit(e) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---	---	---

Perte de la vue			
8- A) Lors du dernier examen Date _____	Oeil gauche	Oeil droit	9- La perte d'usage est-elle le résultat direct de l'accident et indépendamment de tout autre cause? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Si non , expliquez _____ _____
1. Acuité visuelle			
2. Acuité avec verres			
B) La vision peut être entièrement ou partiellement corrigée par :	<input type="checkbox"/> Verres <input type="checkbox"/> Traitements <input type="checkbox"/> Opération <input type="checkbox"/> Aucun moyen	<input type="checkbox"/> Verres <input type="checkbox"/> Traitements <input type="checkbox"/> Opération <input type="checkbox"/> Aucun moyen	

Paralysie	
10 - Est-ce que l'accident a causé une <input type="checkbox"/> quadriplégie ? <input type="checkbox"/> paraplégie ? <input type="checkbox"/> hémiplégie ?	11-A) Date à laquelle la paralysie a commencé ? _____ B) L'accident est-il la seule cause de la paralysie ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non C) Si la paralysie ne résulte pas d'un accident, quels sont les antécédents médicaux ayant entraîné la paralysie ? _____ _____ D) La paralysie est-elle permanente, totale et irréversible ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

	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 (En lettres moulées)	_____		Spécialité : _____
	_____		Numéro de permis : _____
X _____ SIGNATURE DU MÉDECIN DATE			

FQC029 (14-03)



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