

Important : Remplir en lettres moulées et répondre à chacune des sections avec le plus de précision possible.

Section A – Collecte, utilisation et communication des renseignements personnels

Par le présent formulaire, la collecte de vos renseignements personnels permet à UV Assurance de procéder au changement de votre nom et/ou de votre adresse.

Les renseignements personnels collectés servent à :

- ▶ Procéder à une identification;
- ▶ Établir et mettre à jour les informations ainsi que les besoins de la personne concernée, le cas échéant;
- ▶ Se conformer aux exigences légales et réglementaires, notamment quant aux règles fiscales ainsi que la prévention, la détection et la répression des infractions, des cybermenaces et de la fraude.

Les renseignements divulgués dans ce formulaire seront transmis au personnel de UV Assurance responsable du traitement de la demande, ainsi qu'à toute autre personne autorisée par la loi.

Section B – Nature de la demande

1. Prénom du propriétaire _____ Nom _____
2. Date de naissance

A	M	J
3. Raison de la demande de changement : ☐ Erreur sur la demande d'assurance¹ ☐ Adoption légale² ☐ Changement légal² ☐ Autres³

Section C – Nouvelles coordonnées

1. Contrat n° _____
2. Prénom de la personne assurée _____ Nom _____
3. Date de naissance

A	M	J
4. Adresse _____
Ville _____ Province _____ Pays _____ Code postal _____
5. Téléphone résidentiel

--	--	--	--	--	--

 -

--	--	--	--	--	--
6. Téléphone cellulaire

--	--	--	--	--	--

 -

--	--	--	--	--	--
7. Téléphone bureau

--	--	--	--	--	--

 -

--	--	--	--	--	--

 poste _____
8. Courriel _____

Section D – Documents requis

¹ Joindre un acte de naissance, passeport, permis de conduire ou carte d'assurance maladie.

² Joindre une copie d'un document d'identité avec photo délivré par un gouvernement (p. ex. : permis de conduire, passeport, carte d'assurance maladie, etc.).
ou si vous êtes dans l'impossibilité de fournir la pièce demandée ci-haut :
Joindre tout autre document pertinent avec les justifications nécessaires.

³ Joindre le ou les document(s) et donner les raisons

Section E – Consentement et signature

En apposant sa signature, le soussigné comprend que dans le cas où l'un de ses renseignements personnels est inexact, incomplet ou ambigu, il peut exiger sa rectification en adressant une demande auprès de UV Assurance. Il a également le droit de demander des informations sur l'utilisation de ses renseignements personnels.

De plus, en tout temps, il peut retirer son consentement à la communication ou à l'utilisation de ses renseignements personnels en adressant une demande au Responsable de la protection des renseignements personnels de UV Assurance à l'adresse suivante : 1990, rue Jean-Berchmans-Michaud, Drummondville (QC) J2C 7G7.

Pour plus de détails, veuillez visiter notre site Web et consulter notre **Politique de protection des renseignements personnels**.

Le soussigné confirme avoir pris connaissance des informations ci-dessus et consent à la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels contenus aux présentes.

Finalement, en apposant sa signature ci-dessous, le soussigné certifie que les renseignements fournis sont complets et véridiques et qu'une photocopie des présentes a la même valeur que l'original.

Signé à _____ Date

A	M	J

X _____
Signature du propriétaire Nom du signataire en lettres moulées

Envoyer le formulaire à l'adresse courriel suivante : ind.client@uvassurance.ca

C.P. 696, Drummondville (Québec) J2B 6W9 ■ Téléphone : 819 478-1315 ■ Sans frais : 1 800 567-0988 ■ Télécopieur : 819 474-1990

UV Assurance est une marque de commerce déposée de L'Union-Vie, compagnie mutuelle d'assurance.

