UV ASSURANCE

ASSURANCE INDIVIDUELLE

Demande pour mettre fin au contrat

FQC076

Important : Remplir en caractères d'imprimerie et répondre à chacune des sections avec le plus de précision possible.

Contrat nº _____

Prénom de la personne assurée _____ Nom _____

Section A – Informations du propriétaire

1. Prénom _____ Nom _____
2. Date de naissance |__|__|__|__|__|__|__|__|

Section B – Précisions relatives à la demande

Par la présente, je demande à UV Assurance de mettre fin au contrat mentionné ci-dessus. Je comprends que les obligations de UV Assurance cesseront pour ce contrat à compter de la date de réception de cette demande à son siège social. En apposant ma signature sur ce formulaire, j'atteste avoir lu et compris ce qui précède.

Section C – Signatures

Signé à _____ |__|__|__|__|__|__|__|__|

X _____ _____

Signature du propriétaire — Nom complet du propriétaire

X _____ _____

Signature du bénéficiaire irrévocable* — Nom complet du bénéficiaire irrévocable

* Si le bénéficiaire désigné sur le contrat est irrévocable, sa signature est requise. Si le bénéficiaire irrévocable est décédé, joindre une preuve de décès.

FR-1016A (2025-05)

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

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