

Demande de participations accumulées (dividendes)

FOC026

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

Section A – Collecte de vos renseignements personnels

Par le présent formulaire, la collecte de vos renseignements personnels permet à UV Assurance de procéder à votre demande de participations accumulées, notamment en vous versant le montant d'argent indiqué à la section C.

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 – Identification

- [illegible]

Section C – Participations accumulées

Par le présent formulaire, je demande que les participations accumulées au contrat susmentionné :

- ☐ me soient versées par dépôt direct (joindre un spécimen de chèque portant la mention «NUL»);
- ☐ soient versées en totalité ou pour un montant partiel de _____ \$;
- ☐ soient appliquées au paiement du contrat n° _____ au montant de _____ \$;
- ☐ soient appliquées à la réduction de l'avance du contrat n° _____ au montant de _____ \$.

Section D – Consentement et signatures

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 consens à la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels contenus aux présentes. Le présent consentement vaut également pour la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels des bénéficiaires auprès desquels le soussigné atteste avoir préalablement obtenu le consentement.

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 _____ **X** _____
Signature du propriétaire Signature du bénéficiaire irrévocable*

* Si le bénéficiaire désigné sur le contrat est irrévocable, sa signature est requise pour procéder à une demande de participations accumulées.

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.

