

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

Contrat n° \_\_\_\_\_  
 Prénom de la personne assurée \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

### 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 d'assurance libérée réduite, notamment en vous permettant de demeurer assuré pour un montant d'assurance réduit et ce, sans paiement additionnel de la prime.

En outre, vos renseignements personnels permettent notamment de :

- ▶ Vous identifier;
- ▶ Établir et mettre à jour le profil, les besoins et les objectifs;
- ▶ Se conformer à des exigences légales et réglementaires (notamment pour prévenir, détecter ou réprimer les infractions, les cybermenaces, la fraude).

### Section B – Précisions relatives à la demande

Date effective du changement [ . . . . . ]

Par le présent formulaire, j'abandonne le contrat susmentionné à UV Assurance. Je demande qu'une assurance libérée réduite me soit émise en substitution à cette dernière conformément à la clause de mon contrat.

### Section C – Consentement

Les renseignements divulgués dans ce présent formulaire seront communiqués au personnel de UV Assurance appelé à traiter votre demande d'assurance libérée réduite du contrat susmentionné ainsi qu'à toute autre personne autorisée par la loi.

Dans le cas où l'un de vos renseignements personnels est inexact, incomplet ou n'est pas clair, vous pouvez exiger qu'il soit rectifié en adressant une demande auprès de UV Assurance.

De plus, sur demande, vous êtes en droit d'être informé de l'utilisation que nous faisons de vos renseignements personnels. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez visitez notre site Web à **Politique de protection des renseignements personnels - UV Assurance**.

### Section D – Signatures

Par la présente, j'atteste avoir pris connaissance des informations mentionnées aux sections (A) et (C).

Signé à \_\_\_\_\_ Date [ . . . . . ]

**X** \_\_\_\_\_  
 Signature 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.

