

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 des renseignements personnels permet à UV Assurance de procéder à l'identification des personnes qui peuvent signer pour et au nom de la Société identifiée à la Section B ci-dessous.

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 r  glementaires, 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 – Informations sur la Société et le contrat

1. Dénomination sociale complète _____
2. Numéro de contrat / Numéro de proposition _____
3. Ce numéro de contrat/proposition s'applique à :
☐ Assurance vie individuelle ☐ Investissement ☐ Maladie grave ☐ Autre _____
4. Prénom de la personne assurée ou du rentier _____ Nom _____

Section C – Extrait de résolutions (nature de la demande)

IL EST RÉSOLU que la Société autorise les personnes identifiées à la Section D à demander à UV Assurance de procéder à ce qui suit en complétant et signant les formulaires appropriés :

- ☐ Changement d'adresse
- ☐ Changement de propriétaire
- ☐ Changement de bénéficiaire
- ☐ Modification du mode de paiement
- ☐ Rachat du contrat identifié ci-dessus
- ☐ Annulation du contrat identifié ci-dessus
- ☐ Autre _____

Section D – Personne(s) autorisée(s)

La ou les personnes autorisées dont les noms, titres et signatures figurent ci-dessous sont habilitées à signer, pour et au nom de la Société, tout document relatif à la demande décrite à la Section C ci-dessus en lien avec le contrat ci-dessus identifié.

Remarque : Pour des raisons de prévention, détection et répression des infractions, des cybermenaces et de la fraude, les personnes identifiées ci-dessous doivent figurer au Registre des entreprises de la juridiction de la société. UV Assurance pourra exiger tout document qu'elle juge nécessaire pour confirmer l'identité desdites personnes (ex : copie du registre des entreprises, copie du livre de Société, etc.)

Personne autorisée 1

1. Prénom _____
Nom _____
 2. Titre _____
- X** _____
Signature

Personne autorisée 2

1. Prénom _____
Nom _____
 2. Titre _____
- X** _____
Signature

Section D – Personne(s) autorisée(s) (suite)

Personne autorisée 3

1. Prénom _____

Nom _____

2. Titre _____

X _____

Signature

Personne autorisée 4

1. Prénom _____

Nom _____

2. Titre _____

X _____

Signature

Section E – Déclaration, certification et signature

Je, soussigné(e), _____, ☐ Président(e), ☐ Secrétaire, ☐ Actionnaire unique de la société ci-dessus identifiée, certifie, par les présentes, que ce qui précède est conforme aux résolutions adoptées par la Société à cet effet et que ces résolutions ont été adoptées en conformité avec les statuts, règlements et autres documents qui régissent la Société ci-dessus identifiée.

Je certifie également que ces résolutions sont toujours valides et en vigueur, sans modification.

Finalement, en apposant ma signature, je comprends que dans le cas où l'un des renseignements personnels contenu dans le présent formulaire est inexact, incomplet ou ambigu, la personne concernée peut exiger sa rectification en adressant une demande auprès de UV Assurance. Elle 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**.

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

X _____ Date

A	M	J
---	---	---

Signature

Nom du signataire en lettres moulées

