

Section A – Collecte de vos renseignements personnels

Le présent formulaire permet à UV Assurance de recueillir vos renseignements personnels afin de procéder à votre demande de rachat total ou partiel, notamment en vous versant le montant d'argent indiqué à la section C, D ou E.

En outre, vos renseignements personnels servent à :

- ▶ Vous identifier;
- ▶ Établir et mettre à jour votre profil, ainsi que vos besoins et vos objectifs;
- ▶ Se conformer aux exigences légales et réglementaires, notamment pour prévenir, détecter ou réprimer les infractions, les cybermenaces, la fraude.

Contrat n° _____

Prénom de l'assuré ou du rentier _____ Nom _____

Section B – Identification du propriétaire

Propriétaire

1. Prénom _____ Nom _____

2. Date de naissance

A	M	J

 3. N° d'assurance sociale

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

Co-propriétaire

1. Prénom _____ Nom _____

2. Date de naissance

A	M	J

 3. N° d'assurance sociale

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

Section C – Rachat – Assurance vie

Note: Le rachat partiel ou total peut entraîner des conséquences fiscales et être imposable à titre de revenu. Le rachat total met fin à la protection. Dans le cas d'un rachat partiel, le montant d'assurance en vigueur pourrait être diminué conformément aux dispositions contractuelles.

☐ Assurance vie

Montant du rachat total _____ \$ ou montant du rachat partiel _____ \$

☐ Assurance vie universelle

Montant du rachat total _____ \$ ou montant du rachat partiel _____ \$ ☐ Brut ☐ Net

Choix de rachat de fonds	\$ ou % ou nombre d'unités	Choix de rachat de fonds	\$ ou % ou nombre d'unités
Actions Canadiennes (S&P/TSX 60)		Marché Monétaire	
Actions Américaines (S&P 500)		Intérêt garanti 1 an	
Actions Mondiales (MSCIW)		Intérêt garanti 3 ans	
Actions Techno. (NASDAQ 100)		Intérêt garanti 5 ans	
Obligations Canadiennes (Scotia)		Intérêt garanti 10 ans	

Section D – Rachat – Assurance maladies graves

Note: Le remboursement total des primes met fin à la protection. Dans le cas d'un remboursement partiel des primes, le montant d'assurance en vigueur pourrait être diminué conformément aux dispositions contractuelles.

☐ Assurance maladies graves

☐ Remboursement total des primes

☐ Remboursement partiel des primes _____ \$ ou _____ %

Section E – Rachat – Investissement

Note : Le rachat d'un certificat Uniflex 1 à 5 ans ou d'un certificat Uniflex 10 ans avant la date d'échéance entraîne une pénalité ainsi qu'un ajustement au marché. Le rachat d'un certificat Uniflex à taux progressif 10 ans n'est possible qu'aux anniversaires du certificat.

☐ C.I.Q. (compte à intérêt quotidien) ☐ Uniflex

Certificat n° _____

Montant du rachat total _____ \$ ou montant du rachat partiel _____ \$ ☐ Brut ☐ Net

Section F – Détails du versement

Je demande que le montant du rachat partiel ou du rachat total me soit versé conformément aux dispositions contractuelles.

☐ Versé par dépôt direct (veuillez joindre un spécimen de chèque personnalisé au nom du propriétaire du contrat)

☐ Appliqué sur la proposition n° _____

☐ Appliqué au paiement de prime du contrat n° _____

☐ Utilisé comme transfert de fonds sur l'Uniflex n° _____

Directives supplémentaires

Section G – Consentement et signature

Les renseignements divulgués dans ce présent formulaire seront transmis au personnel de UV Assurance appelés à traiter votre demande de rachat 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.

Sachez qu'en tout temps, vous pouvez retirer votre consentement à la communication ou à l'utilisation de vos renseignements personnels. Pour plus de détails, veuillez visiter notre site Web et consulter notre **Politique de protection des renseignements personnels**.

Par la présente, en signant ce formulaire, je certifie avoir pris connaissance de toutes les informations contenues dans ce document.

Signé à _____ Date

A	M	J

X _____ **X** _____
Signature du propriétaire Signature du 1^{er} bénéficiaire irrévocable*

X _____ **X** _____
Signature du co-propriétaire Signature du 2^e bénéficiaire irrévocable*

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

