UV ASSURANCE

ASSURANCE INDIVIDUELLE

Transformation et remplacement interne

Signature(s) requise(s)

FQC090

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 votre demande de transformation ou d'échange, notamment en mettant fin au présent contrat d'assurance afin qu'un nouveau contrat soit émis.

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.

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 consent 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.

Section B – Renseignements

1. Transformation / échange du contrat Nº _____
2. Nouveau nº de contrat _____
3. Prénom de l'assuré _____ Nom _____

☐ Section C – Consentement au changement de propriétaire

Propriétaire 1

Prénom _____ Nom _____

Propriétaire 2 (si applicable)

Prénom _____ Nom _____

Par la présente, je cède les droits et les obligations que je détiens relativement au contrat mentionné ci-dessus. Je comprends que suite à l'acceptation par UV Assurance de la nouvelle proposition Nº _____, la protection de l'assuré(e) sur l'ancien contrat Nº _____ sera annulée. Je comprends également que cette cession a des incidences fiscales et peut, notamment, augmenter mon revenu imposable. En apposant ma signature sur ce formulaire, j'atteste avoir lu et compris tout ce qui précède.
Par la présente, j'atteste avoir pris connaissance des informations mentionnées à la section A.

Signé à _____ Date A M J

X _____
Signature du propriétaire 1

X _____
Signature du propriétaire 2

☐ Section D – Consentement du (des) bénéficiaire(s) irrévocable(s) (si applicable)

Bénéficiaire 1

Prénom _____ Nom _____

Bénéficiaire 2

Prénom _____ Nom _____

Bénéficiaire 3

Prénom _____ Nom _____

Bénéficiaire 4

Prénom _____ Nom _____

Je comprends que suite à l'acceptation par UV Assurance de la nouvelle proposition Nº _____ , la protection de l'assuré(e) sur l'ancien contrat Nº _____ sera annulée. Par la présente, je consens à ne plus être désigné comme bénéficiaire irrévocable. Je comprends que je n'aurai plus de droits dans cette protection. En apposant ma signature sur ce formulaire, j'atteste avoir lu et compris tout ce qui précède. Par la présente, j'atteste avoir pris connaissance des informations mentionnées à la section A.

Signé à _____ Date A M J

X _____ **X** _____

Signature du bénéficiaire irrévocable* 1 — Signature du bénéficiaire irrévocable* 2

X _____ **X** _____

Signature du bénéficiaire irrévocable* 3 — Signature du bénéficiaire irrévocable* 4

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

☐ Section E – Consentement du prêteur

Nom du prêteur _____

Prénom du signataire autorisé _____ Nom _____

Titre du signataire autorisé _____

Je comprends que suite à l'acceptation par UV Assurance de la nouvelle proposition Nº _____ , l'ancien contrat Nº _____ sera annulé. Je comprends que mes droits en tant que prêteur prendront alors fin. Par la présente, j'autorise UV Assurance à procéder comme demandé. En apposant ma signature sur ce formulaire, j'atteste avoir lu et compris tout ce qui précède. Par la présente, j'atteste avoir pris connaissance des informations mentionnées à la section A.

Signé à _____ Date A M J

X _____

Signature du prêteur

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