UV ASSURANCE

ASSURANCE INDIVIDUELLE

Questionnaire relatif au parachutisme et chute libre

FQC053

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 prendre une décision sur votre demande d'assurance.

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 – Information sur l'assuré

1. Nº de proposition ou du contrat _____
2. Prénom de l'assuré(e) _____ Nom _____
3. Date de naissance A M J

Section C – Questionnaire

1. Détenez-vous un permis? ☐ Oui ☐ Non Si **Oui**, de quel type : _____
2. À quel endroit avez-vous obtenu votre permis? _____ Date A M J
3. Quel est le nombre total de sauts réalisés? _____
4. Quel est le nom du club auquel vous appartenez? _____
5. Quel type de sauts avez-vous faits?

Tandem	Professionnel	Comme instructeur	Tentative de record	Avec équipement expérimental
☐	☐	☐	☐	☐

6. Avez-vous déjà eu un accident en sautant? ☐ Oui ☐ Non Si **Oui**, veuillez donner des détails :

   _____
7. Quel est le nombre de sauts effectué au cours des 12 derniers mois? _____
8. Quel est le nombre de sauts prévu au cours des 12 prochains mois? _____
9. De quelle altitude sautez-vous? _____
10. À quel endroit sautez-vous? _____

Si votre proposition n'est pas acceptée sur base régulière, que désirez-vous? ☐ Une surprime ☐ Une exclusion

Section D – 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.

Je, soussigné(e), étant la personne à assurer, déclare que l'information ci-dessus est complète et véridique et qu'elle fera partie de ma proposition d'assurance auprès de UV Assurance.

Signé à _____ A M J

X _____
Signature de la personne à assurer

X _____
Signature du propriétaire (requise si l'assuré est mineur)

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