UV ASSURANCE

ASSURANCE COLLECTIVE

Demande de règlement au décès

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 communiquer avec les institutions/personnes visées, soit les membres de la famille concernés, le centre funéraire, l'employeur, le courtier, les anciens assureurs de l'employé(e), ainsi que les institutions gouvernementales impliquées. Ces renseignements seront nécessaires au traitement du dossier de la personne décédée.

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 – Déclaration de l'employeur

Remarque : Prendre note que lors du décès d'une personne à charge, seuls les numéros de 1 à 5 et de 9 à 11 sont à remplir.

1. Prénom de l'employé(e) _____ Nom _____
2. Nom de l'employeur _____
3. N° de groupe _____ N° de certificat _____
4. Date d'emploi A M J
5. Le certificat de l'employé était-il toujours en vigueur au moment du décès ? ☐ Oui ☐ Non
   Si non, veuillez indiquer la date de la terminaison : A M J
   Raison de la terminaison : _____
6. Dernier jour au travail A M J
7. Si l'employé n'est plus activement au travail, donner la raison :
   ☐ Maladie ☐ Vacances ☐ Retraite ☐ Autre : _____
8. Dernier salaire (sur une base annuelle) _____ $ depuis le A M J
9. Montant assuré _____ $ Montant assuré décès accidentel (si applicable) _____ $
10. Nom de la personne décédée _____ Prénom _____
11. S'agit-il du décès d'une personne à charge ? ☐ Oui ☐ Non
    Si oui, depuis quand cette personne est-elle assurée ? A M J
12. Date du dernier changement de **bénéficiaire*** A M J

* Veuillez nous faire parvenir une copie du formulaire d'adhésion ou de changement de bénéficiaire sous pli confidentiel.

Prénom de l'administrateur _____ Nom _____

Fonction _____

Téléphone ___ ___-___ Courriel _____

X _____ _____ Date A M J

Signature de l'administrateur — Nom du signataire en lettres moulées

Section C – Renseignements sur la personne décédée

1. Prénom du défunt (à la naissance) _____ Nom _____
2. Numéro d'assurance social (NAS) ___ ___ ___
3. Date de naissance A M J Lieu de naissance _____
4. Date du décès A M J Lieu du décès _____
5. Dernière adresse (numéro, rue, app.) _____
   Ville _____ Province _____ Code postal _____
6. État civil au décès : ☐ Célibataire ☐ Marié ☐ Séparé ☐ Divorcé ☐ Veuf ☐ Conjoint de fait
7. Cause du décès : _____

   Si le décès résulte d'un accident : Date A M J
   Lieu _____ Circonstances _____

8. La personne décédée était-elle assurée pour une assurance vie personnelle avec UV Assurance ou autres compagnies acquises par UV Assurance ? ☐ Oui ☐ Non

Section D – Renseignements du demandeur

1. Prénom du demandeur _____ Nom _____
2. Date de naissance A M J
3. Numéro d'assurance social (NAS) ___ ___ ___
4. Adresse (numéro, rue, app.) _____
   Ville _____ Province _____ Code postal _____
5. À quel titre présentez-vous cette demande de règlement ? ☐ Bénéficiaire ☐ Légataire ☐ Contractant ☐ Exécuteur ☐ Tuteur
6. Lien de parenté avec le défunt _____ Téléphone ___ ___ - ___
7. La personne décédée est-elle le conjoint de fait ou l'enfant du conjoint de fait? ☐ Oui ☐ Non

   Si oui, quelle est la date du début de la cohabitation ? A M J

Section E – Consentement et signature

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.

Finalement, en apposant sa signature ci-dessous, le soussigné certifie que les renseignements fournis sont complets et véridiques et qu'une photocopie des présentes a la même valeur que l'original.

X _____ _____ Date A M J

Signature du demandeur — Nom du signataire en lettres moulées

Section E – Faire parvenir avec cette demande

Remarque : Les copies des documents sont maintenant acceptées et il est possible de les envoyer par la poste, par l'accès en ligne ou par fax.

Pour le décès d'un adhérent

- ☐ Certificat de décès (ou preuve de décès du salon funéraire)
- ☐ Certificat de naissance (ou une photocopie de la carte d'assurance-maladie ou du permis de conduire (pour les résidents du Québec seulement))
- ☐ Rapport du coroner (si le décès est accidentel seulement. Si tel est le cas, veuillez nous faire parvenir le rapport du coroner séparément)
- ☐ Une copie du dernier testament ou le registre des testaments et mandats du Barreau du Québec (si vous n'êtes pas bénéficiaire de cette assurance vie)

Veuillez nous aviser de l'existence de tout autre document stipulant une autre désignation de bénéficiaire et nous le faire parvenir dès que possible.

Pour le décès d'une personne à charge

- ☐ Certificat de décès (ou preuve de décès du salon funéraire)
- ☐ Certificat de naissance (ou une photocopie de la carte d'assurance-maladie ou du permis de conduire (pour les résidents du Québec seulement))
- ☐ Preuve de scolarité à temps plein (si la personne décédée est un enfant à charge de plus de 21 ans)

Veuillez prendre note que d'autres documents pourraient être exigés.