

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 ainsi que ceux des personnes à charge, le cas échéant, permet à UV Assurance de procéder à la demande concernant le ou les changements visés.

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 – Renseignements sur l'adhérent

1. Nom de l'employeur _____
2. Prénom de l'employé _____ Nom _____
3. N° de groupe _____ Unité de facturation _____ Classe _____ Certificat _____

Section C – Changement d'adresse (nouvelle adresse)

Adresse (numéro, rue, app.) _____
Ville _____ Province _____ Code postal _____

Section D – Changement de couverture

1. Protection désirée

- a) Assurance vie des personnes à charge ☐ Couple ☐ Monoparentale ☐ Familiale
- b) Assurance santé ☐ Couple ☐ Monoparentale ☐ Familiale ☐ Individuelle ☐ Exemption
- c) Assurance dentaire (si applicable) ☐ Couple ☐ Monoparentale ☐ Familiale ☐ Individuelle ☐ Exemption

2. **Raison** ☐ Naissance ☐ Mariage ☐ Adoption ☐ Conjoint de fait ☐ Début de la cohabitation _____
☐ Perte d'emploi ☐ Séparation ☐ Divorce ☐ Dentaire (facultatif) Date d'effet du changement _____

3. Personnes à charge

Changement	Prénom, nom	Sexe	Date de naissance	* Preuve requise	
Conjoint ☐ Ajouter ☐ Retirer ☐ Modifier		☐ H ☐ F	_____	Étudiant temps plein (21 ans et +)	Handicapé *
Enfant 1 ☐ Ajouter ☐ Retirer ☐ Modifier		☐ H ☐ F	_____	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Enfant 2 ☐ Ajouter ☐ Retirer ☐ Modifier		☐ H ☐ F	_____	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Enfant 3 ☐ Ajouter ☐ Retirer ☐ Modifier		☐ H ☐ F	_____	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Enfant 4 ☐ Ajouter ☐ Retirer ☐ Modifier		☐ H ☐ F	_____	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

4. Demande d'exemption

Exemption - adhérent et ses personnes à charge → ☐ Garantie soins médicaux et médicaments ☐ Garantie soins dentaires
Exemption des personnes à charge seulement → ☐ Garantie soins médicaux et médicaments ☐ Garantie soins dentaires

5. Fin de l'exemption

Date à compter de laquelle il m'est devenu impossible de continuer à être assuré par un régime comparable _____
Raison de la terminaison de l'assurance en question _____

Section E – Changement de bénéficiaire

Note : Au Québec, en l'absence de tout choix, la désignation du conjoint légal est irrévocable et la désignation de tout autre bénéficiaire est révocable.

Prénom	Nom	Lien de parenté	%	Irrévocable	Révocable
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐

Signature du bénéficiaire actuel (si la désignation actuelle est irrévocable)

Par la présente, je consens à être révoqué comme bénéficiaire du certificat ci-haut mentionné et je renonce à tous mes droits et privilèges, en vertu de ce certificat.

X _____ Date

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

Signature du bénéficiaire actuel Nom du signataire en lettres moulées

Note : 1. Le bénéficiaire révoqué ne peut consentir au changement s'il n'a pas atteint ses 18 ans.

2. Si le bénéficiaire irrévocable actuel est décédé, veuillez nous transmettre une preuve de décès (ex. : certificat de décès).

Signature de l'employé

Par la présente, je révoque la désignation actuelle et je lui substitue celle du nouveau bénéficiaire tel que décrit ci-dessus.

X _____ Date

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

Signature de l'employé Nom du signataire en lettres moulées

Section F – Consentement et 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**.

Signature de l'employé

- ▶ Je certifie avoir pris connaissance de toutes les informations contenues dans ce document et que les renseignements fournis sont complets et véridiques;
- ▶ Je 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 et/ou de mes personnes à charge, le cas échéant;
- ▶ Je comprends qu'une photocopie des présentes a la même valeur que l'original.

X _____ Date

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

Signature de l'employé Nom du signataire en lettres moulées

Signature de l'administrateur de régime

Je certifie, en tant que personne autorisée pour ce groupe, avoir lu et accepté les informations mentionnées au présent formulaire.

X _____ Date

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

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

