

Section A – Collecte, utilisation et communication des renseignements personnels

Par le présent formulaire, la collecte de vos renseignements personnels permet à UV Assurance de procéder à votre demande de réclamation pour vos déplacements relatifs à un accident ayant lieu dans les 15 derniers jours.

Les renseignements personnels collectés servent à :

- ▶ Procéder à une identification;
- ▶ Analyser la réclamation, ainsi qu'établir et mettre à jour les informations et 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 – Détails des déplacements

1. Prénom _____ Nom _____

2. Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

3. Date de l'accident

A	M	J

4. N° contrat _____

Dates des déplacements	Moyen de transport	Montant réclamé	Kilométrage (aller / retour)	Lieu	Raison
A M J		\$	/KM		
A M J		\$	/KM		
A M J		\$	/KM		
A M J		\$	/KM		
A M J		\$	/KM		
A M J		\$	/KM		
A M J		\$	/KM		
A M J		\$	/KM		
A M J		\$	/KM		

Section C – 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.

X _____ Date

A	M	J

Signature de la personne accidentée ou de son(sa) représentant(e) Nom du signataire en lettres moulées

À l'usage de UV Assurance : _____ KMS x _____ = _____

Envoyer le formulaire à l'adresse courriel suivante : ind.client@uvassurance.ca

C.P. 696, Drummondville (Québec) J2B 6W9 ■ Téléphone : 819 478-1315 ■ Sans frais : 1 800 567-0988 ■ Télécopieur : 819 474-1990

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

