

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 recueillir des renseignements personnels que vous détenez au sujet de la personne décédée et des bénéficiaires du contrat, le cas échéant, le tout, dans le but de débiter le processus de réclamation suite au décès.

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

1. Prénom de la personne décédée _____ Nom _____

2. Adresse _____

Ville _____ Province _____ Pays _____ Code postal _____

3. Date de naissance _____

4. État civil au moment du décès : ☐ Célibataire ☐ Marié ☐ Veuf/Veuve ☐ Conjoint de fait
☐ Séparé de fait depuis le _____ ☐ Divorcé depuis le _____
☐ Séparé légalement depuis le _____

5. Contrat n°	Montant (si connu)	Contrat
	\$	☐ Ci-joint ☐ Introuvable
	\$	☐ Ci-joint ☐ Introuvable

6. Date du décès _____

7. Lieu du décès _____

8. Cause immédiate du décès _____

Si la cause est une maladie, quand celle-ci a-t-elle commencé? _____

Date de la première consultation pour cette maladie _____

9. Est-ce que la personne décédée faisait usage du tabac, de produits de cessation de tabac ou de cannabis? ☐ Oui ☐ Non

Si **Oui**, depuis quand? _____ Indiquez sa consommation quotidienne _____

Si **Non**, a-t-elle déjà fait usage de tabac, de produits de cessation du tabac ou de cannabis? ☐ Oui ☐ Non

Si **Oui**, quand a-t-elle arrêté? _____

Quelle était sa consommation quotidienne avant d'arrêter? _____

10. Médecin(s) consulté(s) au cours des deux (2) dernières années :

Répondre à la question seulement si le contrat d'assurance vie chez UV Assurance a été émis depuis moins de 10 ans ou au montant de 200 000 \$ et plus.

Nom complet _____ Nom complet _____

Adresse _____ Adresse _____

Date _____ Date _____

Nom complet du médecin de famille _____

Adresse _____

Section B – Renseignements (suite)

11. Autres assurances vie de la personne décédée :

Répondre à la question seulement si le contrat d'assurance vie chez UV Assurance a été émis depuis moins de 10 ans ou au montant de 200 000 \$ et plus.

a) Compagnie _____ Date du contrat

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

 Montant _____ \$

b) Compagnie _____ Date du contrat

	A		M	J

 Montant _____ \$

Note : Pour l'assuré décédé et le(s) bénéficiaire(s) décédé(s), le cas échéant, nous devons recevoir une preuve de décès (p. ex. : certificat de décès ou déclaration de décès produite par le directeur des services funéraires).

Prendre note que nous acceptons des copies et qu'**aucun document original ne doit nous être envoyé, sauf si expressément demandé.**

Remarque : Le montant de la réclamation sera versé au bénéficiaire désigné selon les documents reçus à la Compagnie à ce jour.

Remarque 1 : Le montant de la redistribution sera versé au bénéficiaire désigné sur les documents que la compagnie a en sa possession.
Veuillez nous aviser de l'existence de tout autre document stipulant une autre désignation de bénéficiaire et nous le faire parvenir sans faute dès que possible.

Section C – Bénéficiaire(s)

Bénéficiaire 1

1. Prénom _____ Nom _____

2. Adresse _____

Ville _____ Province _____ Pays _____ Code postal _____

3. Téléphone -

4. Numéro d'assurance sociale* | | | | |

5. Date de naissance | A | M | J |

Bénéficiaire 2

1. Prénom _____ Nom _____

2. Adresse _____

Ville _____ Province _____ Pays _____ Code postal _____

3. Téléphone -

4. Numéro d'assurance sociale* | | | | |

5. Date de naissance | A | M | J |

Bénéficiaire 3

1. Prénom _____ Nom _____

2. Adresse _____

Ville _____ Province _____ Pays _____ Code postal _____

3. Téléphone -

4. Numéro d'assurance sociale* | | | | | | | | | | | |

5. Date de naissance | A M J

* Veuillez prendre note que le numéro d'assurance sociale est requis à des fins d'imposition. Suivant la réception de tous les documents requis, des intérêts pourraient être versés au(x) bénéficiaire(s) si le traitement de la réclamation dépasse le délai de 30 jours prescrit par la loi. Le cas échéant, le montant de ces intérêts est imposable et entraîne conséquemment la production d'un feuillet d'impôts.

Section D – Consentement et signature

En apposant sa signature, le soussigné comprend que dans le cas où l'un des renseignements personnels est inexact, incomplet ou ambigu, la personne concernée peut exiger sa rectification en adressant une demande auprès de UV Assurance. Elle a également le droit de demander des informations sur l'utilisation de ses renseignements personnels.

De plus, en tout temps, une personne concernée 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 autres personnes concernées auprès desquels le soussigné atteste avoir préalablement obtenu le consentement.

Prénom du demandeur _____ Nom _____

Quel est votre lien avec le défunt? _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Pays _____ Code postal _____

☐ **Je désire que le paiement de la réclamation soit :**

☐ expédié par la poste directement au bénéficiaire ou au demandeur

☐ livré par mon conseiller en assurance de personnes

☐ effectué par dépôt direct

(le cas échéant, un spécimen de chèque du ou des bénéficiaires portant la mention « ANNULÉ » doit être transmis à UV Assurance)

☐ **Je désire que UV Assurance applique le roulement au conjoint (seulement pour l'investissement)**

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

