UV ASSURANCE

ASSURANCE INDIVIDUELLE

Questionnaire concernant l'usage du tabac

FQC063

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 collecter vos renseignements personnels. La collecte de vos renseignements nous permettent principalement de 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 – Informations sur l'assuré

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

Section C – Questionnaire

1. Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous fait usage de cigarettes, cigarillos, cigarettes électroniques (avec ou sans nicotine), petits cigares, pipe, tabac à mâcher, shisha, noix de bétel, timbres nicotiniques, produits de désaccoutumance du tabac ou tabac sous n'importe quelle autre forme? ☐ Oui ☐ Non

   Si **Oui**, précisez la quantité par jour et depuis combien de temps :

2. **Si vous avez déjà fumé et ne fumez plus, répondez à ces questions :**
   a) À quelle date avez-vous cessé de fumer ? A M J
   b) Pourquoi avez-vous cessé de fumer?
      ☐ Sur conseil du médecin Précisez _____
      ☐ Autres raisons Précisez _____

Section D – 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.

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

X _____ **X** _____ Date A M J

Signature de la personne à assurer — Signature du propriétaire (requise si l'assuré est mineur)

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.