UV ASSURANCE

ASSURANCE INDIVIDUELLE

Questionnaire relatif à la conduite automobile

FQC058

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. Numéro de votre permis de conduire _____

Au cours des cinq (5) dernières années

2. Avez-vous contrevenu au code de la route? ☐ Oui ☐ Non

Infractions	Nombre de contraventions ou arrestations	Dates des contraventions ou arrestations	Nombre de points d'inaptitude
Stationnement prohibé		A M J	
Ceinture de sécurité		A M J	
Vitesse excessive		A M J	
Feux de circulation		A M J	
Arrêt obligatoire		A M J	
Dépassement illégal		A M J	
Accident non responsable		A M J	
Accident responsable		A M J	
Autre, précisez : _____		A M J	

Section C – Questionnaire (suite)

Sans égard à la période de temps écoulé

3. Votre permis de conduire a-t-il déjà été suspendu ou vous a-t-il été retiré suite aux infractions ci-haut? ☐ Oui ☐ Non
   Si **Oui,** pour quelle raison :
   ☐ Accumulation de points d'inaptitude ☐ Contraventions impayées ☐ Autres _____
   a) Date de la perte de permis A M J Durée _____
   b) Avez-vous conduit pendant que votre permis était suspendu? ☐ Oui ☐ Non Si **Oui**, quand? A M J
   c) À quelle date avez-vous recouvré votre permis ou prévoyez-vous le recouvrer? A M J

4. Avez-vous déjà été arrêté pour conduite avec facultés affaiblies? ☐ Oui ☐ Non
   Si **Oui,** date de l'arrestation A M J
   a) Avez-vous été reconnu coupable? ☐ Oui ☐ Non Si **Oui**, quand? A M J
   b) Avez-vous conduit pendant que votre permis était suspendu? ☐ Oui ☐ Non Si **Oui**, quand? A M J
   c) À quelle date avez-vous recouvré votre permis ou prévoyez-vous le recouvrer? A M J

5. Avez-vous déjà été reconnu coupable de délit de fuite, conduite dangereuse, négligence criminelle ou autres? ☐ Oui ☐ Non
   Si **Oui,** indiquez la date A M J
   Nature de l'infraction et circonstances :

   a) Avez-vous conduit pendant que votre permis était suspendu? ☐ Oui ☐ Non Si **Oui**, quand? A M J
   b) À quelle date avez-vous recouvré votre permis ou prévoyez-vous le recouvrer? A M J

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. 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.

Signature

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.

Signé à _____ Date A M J

X _____ _____
Signature de la personne à assurer | Nom du signataire en lettres moulées

X _____ _____
Signature du propriétaire (requise si l'assuré est mineur) | Nom du signataire en lettres moulées

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