UV ASSURANCE

ASSURANCE INDIVIDUELLE

Changement de coordonnées

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 de vos renseignements personnels permet à UV Assurance de procéder au changement de l'une ou plusieurs de vos coordonnées.

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 – Identification du propriétaire du contrat

1. Numéro(s) de contrat(s) à mettre à jour _____
2. Prénom du propriétaire _____ Nom _____
3. Date de naissance A M J

Section C – Nouvelles coordonnées

1. Veuillez indiquer à qui correspond la/les coordonnées à modifier ☐ Propriétaire ☐ Assuré ☐ Payeur ☐ Mandataire
2. Veuillez indiquer le nom complet de la personne résidant à la nouvelle adresse, si celle-ci est différente du propriétaire.

   Prénom _____ Nom _____
3. Date de naissance A M J
4. Nouvelle adresse _____

   Ville _____ Province _____ Pays _____ Code postal _____
5. Téléphone résidentiel ___-___ 6. Téléphone cellulaire ___-___
7. Téléphone bureau ___-___ poste _____
8. Courriel _____
9. À quelle date les nouvelles coordonnées entreront-elles en vigueur? A M J

Section E – 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 consent 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 a la même valeur que l'original.

Signé à _____ Date A M J

X _____ _____

Signature du proriétaire | Nom du signataire en lettres moulées

Envoyer le formulaire à l'adresse courriel suivante : **Client :** ind.client@uvassurance.ca / **Conseiller :** Selon liste de références

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.

FR-1029A (2026-10)