



Division assurances collectives
200, rue Main, bureau 400, Winnipeg, MB R3C 1A8 1-800-665-7076

IDENTIFICATION

Titulaire de police:		N° de groupe
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Nom de l'employé(e)		N° de certificat
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Prénom	Nom de famille	

Nota : Le présent formulaire ne doit être rempli qu'à la fin du délai de carence imposé dans le cas de votre maladie. Veuillez consulter votre contrat d'assurance pour connaître le délai de carence imposé.

Renseignements sur la demande de règlement et renseignements connexes

1. Veuillez décrire la nature et l'étendue de la maladie grave dont vous êtes atteint(e) :

À quelle date votre état de santé a-t-il fait l'objet d'un diagnostic ou la? _____

2. À quelle date les symptômes sont-ils apparus pour la première fois ? _____
Veuillez décrire ces symptômes :

3. À quelle date avez-vous consulté un médecin pour la première fois à l'égard de la maladie dont vous souffrez ? _____
Veuillez donner le nom et l'adresse du médecin consulté :

4. Avez-vous subi des examens ou des investigations relativement au diagnostic? YES NON Si « OUI », veuillez fournir des renseignements et indiquer les dates:

5. Avez-vous souffert antérieurement d'un état de santé semblable ou connexe, ou avez-vous reçu un traitement à cet égard ? OUI NON Si « OUI », veuillez fournir des renseignements et indiquer les dates:

Consultations médicales

6. Veuillez fournir le nom et l'adresse de votre médecin personnel :

7. Veuillez donner des renseignements sur tout autre médecin ou spécialiste que vous avez consulté relativement à votre maladie :

Nom	Adresse	Les dates de consultation

8. Si vous avez été traité dans un hôpital ou dans un établissement semblable, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom de l'hôpital	Ville ou village	Date d'admission	Date de sortie

9. Quel autre traitement avez-vous reçu et recevez-vous actuellement relativement à votre état de santé ? (par ex. : médicaments, thérapie)

Type de traitement	Établissement/médecin prescripteur	Dates

GENERAL

10. Avez-vous une assurance relativement à cet état de santé auprès d'une autre compagnie ? OUI NON Si « OUI », veuillez indiquer:

Nom de l'assureur	Type de prestation	Montant du capital assuré	Une demande de règlement a-t-elle été soumise ?

11. Veuillez donner d'autres renseignements qui pourraient, selon vous, appuyer davantage votre demande de règlement :

Autorisation

J'autorise, par les présentes, tout médecin ou praticien, tout hôpital, toute clinique ou tout autre établissement médical ou établissement lié au domaine médical qui m'a donné des services, et toute autre compagnie d'assurance, tout organisme gouvernemental, tout administrateur du régime d'assurance-maladie provincial, l'Agence du revenu du Canada, tout établissement, toute organisation ou personne, qui possèdent des renseignements à mon égard ou sur ma santé, y compris mes antécédents médicaux, à les échanger avec La Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie Wawanesa, ses réassureurs ou ses associés, aux fins de l'administration de ma demande de règlement.

J'autorise également mon assureur, ou ses réassureurs, à échanger les renseignements personnels obtenus au moment de présenter ma demande à l'égard de la présente police d'assurance ou toute demande de règlement en vertu de la présente police, avec les agents d'assurance de l'assureur, ses affiliés, ses réassureurs ou n'importe quel autre de mes assureurs. J'autorise, en plus, mon assureur à indiquer ces renseignements personnels dans les dossiers que mon assureur possède à mon égard ou qui peuvent être ouverts à l'avenir par mon assureur.

Une photocopie de la présente autorisation est aussi valable que l'original et demeurera en vigueur tant que ma demande de règlement n'aura pas pris fin. Il est entendu qu'en fournissant le présent formulaire et en instruisant le sinistre ou en acceptant les preuves de sinistre, La Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie Wawanesa n'est pas tenue d'avouer la validité de tout sinistre et de renoncer à ses droits de se défendre contre tout sinistre qui pourrait survenir en vertu de la présente police d'assurance.

Avis concernant les renseignements personnels

Vous avez déjà donné votre consentement à la Compagnie d'Assurance-Vie Wawanesa Life pour qu'elle recueille, utilise et communique vos renseignements personnels en vue d'établir et de maintenir la communication avec vous, assurer des risques de façon prudente, faire des enquêtes et régler les demandes de remboursement, détecter et prévenir les actes frauduleux, offrir des produits et des services qui répondent à vos besoins et compiler les statistiques et agir conformément à la loi. Ce consentement s'appliquait aux renseignements personnels communiqués à la Compagnie d'Assurance-Vie Wawanesa Life à ce moment-là et à ceux qui pourraient être communiqués par la suite.

Vous pouvez obtenir des renseignements complémentaires sur la Politique concernant la protection des renseignements personnels de la Compagnie d'Assurance-Vie Wawanesa Life auprès de leur siège social situé au 200, rue Main, Bureau 400, Winnipeg (Manitoba) R3C 1A8 ou à www.wawanesalife.com.

Déclaration et signature

J'atteste que les renseignements donnés sont exacts et complets.

Date

Signature de l'employé(e)