

Veuillez retourner ce formulaire dûment rempli ainsi que les documents à l'appui à :

Division assurances collectives
200, rue Main, bureau 400, Winnipeg, MB R3C 1A8

Déclaration de l'employeur/du demandeur Rapport de sinistre décès – Assurance collective

A. DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

Cette section doit être remplie par le répondant du régime ou par le gestionnaire du régime.

No de police collective : _____ Nom du titulaire d'assurance collective : _____

Nom du défunt : _____ Employé(e) Personne à charge

Nom de famille _____ Prénom _____ Initiales _____

No de certificat : _____ Division no : _____

Type et montant des prestations demandées : Vie _____ \$ Décès accidentel _____ \$
 Assurance-vie facultative _____ \$

Si le(la) défunt(e) est l'employé(e) ou le(la) participant(e) du régime, veuillez fournir également les renseignements suivants :

Date d'embauche : _____ Date d'entrée en vigueur _____ Dernier jour de travail : _____
Année/mois/jour de l'assurance : _____ Année/mois/jour

Raison du départ : _____ Rémunération au dernier jour de travail : _____ \$ Poste : _____

Je déclare, par les présentes, qu'à ma connaissance, les renseignements ci-dessus sont exacts et véridiques.

_____ Date _____ Signature et titre _____

B. DÉCLARATION DU DEMANDEUR

Veuillez vous référer aux directives indiquées à l'endos des documents à l'appui et aux renseignements additionnels.

Renseignements sur le défunt :

Nom et prénom du défunt : _____

Adresse complète du défunt : _____

Date du décès : _____ Date de naissance : _____

Cause du décès : _____

Renseignements sur le demandeur :

Nom et prénom du demandeur : _____

Adresse complète du demandeur : _____

Numéro de téléphone du demandeur : _____ Date de naissance du demandeur : _____

Numéro d'assurance sociale du demandeur : _____ Lien de parenté avec le défunt : _____

À quel titre présentez-vous cette demande de règlement ? (Veuillez cocher une seule case.)

Bénéficiaire désigné Tuteur du bénéficiaire Exécuteur testamentaire
 Fiduciaire Autre, précisez : _____

Veuillez choisir une option de règlement : Versements à tempérament Placé en dépôt Versement d'une somme forfaitaire

C. CONSENTEMENT, DIVULGATION, AUTORISATION ET RECONNAISSANCE

Consentement à la divulgation de renseignements personnels

J'accorde le droit à la Compagnie d'Assurance-Vie Wawanesa Life de recueillir, utiliser et divulguer mes renseignements personnels pour les raisons suivantes : établir et 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 mes besoins, compiler les statistiques et agir conformément à la loi.

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.

Autorisations et attestations

Je déclare, par les présentes, que les réponses que j'ai données ci-dessus sont exactes et complètes et qu'à ma connaissance, je n'ai dissimulé aucun fait essentiel à la Compagnie d'Assurance-Vie Wawanesa Life et que les renseignements ci-dessus ont pour objet le versement du capital assuré.

J'autorise tous les médecins et toutes autres personnes qui ont soigné le défunt et les hôpitaux, les institutions et les autorités gouvernementales à fournir à la Compagnie d'Assurance-Vie Wawanesa Life tous les renseignements dont ils disposent ou qu'ils connaissent sur le défunt et je confirme qu'une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

_____ Date _____
Signature du demandeur _____
_____ Signature du témoin _____
Nom du demandeur _____

Directives

DOCUMENTS À L'APPUI NÉCESSAIRES :

- 1) L'employeur doit soumettre l'original de la demande de prestations d'assurance collective et toutes les demandes relatives au formulaire d'avis de changement, si elles ont été conservées.
- 2) Le demandeur doit soumettre la demande de règlement dûment remplie et les documents indiqués ci-dessous directement à la Compagnie d'Assurance-Vie Wawanesa Life, ou indirectement par l'employeur.

Preuve du décès :

- * Pour les demandes de règlement d'assurance-vie inférieures à 25 000 \$:

L'un des documents suivants :

- i) Déclaration du médecin traitant; ou
- ii) Certificat de décès provincial; ou
- iii) Attestation de décès de l'entrepreneur de pompes funèbres.

- * Pour les demandes de règlement d'assurance-vie de 25 000 \$ ou plus :

Déclaration du médecin traitant et l'un des documents suivants :

- i) Certificat de décès provincial; ou
- ii) Attestation de décès de l'entrepreneur de pompes funèbres

- * Pour les demandes de règlement d'assurance-vie facultative :

Les mêmes documents que ceux indiqués pour les demandes de règlement d'assurance-vie de base

et

si l'assurance ou l'augmentation est en vigueur depuis moins de deux ans, veuillez nous fournir également :

soit

rapport d'autopsie ou rapport du médecin légiste

ou

déclaration du médecin traitant confirmant la cause médicale du décès et la façon dont le décès s'est produit.

- * Pour les demandes de règlement de décès accidentel :

Les mêmes documents que ceux indiqués pour les demandes de règlement d'assurance-vie de base

et

rapport de police

et

rapport du coroner ou Rapport d'autopsie.

Veillez noter que cette demande de documents à l'appui s'applique aux situations les plus courantes. Selon les circonstances, nous pouvons exiger des renseignements complémentaires avant de prendre une décision à l'égard de la demande de règlement