

Déclaration de la personne participant au régime Régime d'indemnités d'accident



Veillez retourner le présent formulaire dûment rempli et les documents à l'appui à l'adresse suivante :

La Compagnie d'assurance vie Wawanesa

À l'attention de : service des Réclamations d'assurance-vie

236, Carlton Street, Winnipeg (Manitoba) R3C 1P5

Pour toute question, veuillez composer le 1 844 318-0411

Télécopieur : 1 855 496-3028 Courriel : wawanesalife-claims@wawanesa.com

wawanesavie.com

Renseignements sur la personne participant au régime

Prénom : _____ Nom de famille : _____ Date de naissance (mm/jj/aaaa) : _____

Sexe : Femme Homme Transgenre Non binaire / Non conforme Non divulgué

Adresse municipale : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Numéro de téléphone préféré : _____ Résidentiel Au travail Cellulaire

Courriel : _____

Langue de préférence : Français Anglais Autre

Si autre, avez-vous besoin d'un interprète pour la communication verbale et/ou écrite? Oui Non

Langue requise : _____

Détails de la soumission de la réclamation *Sont requis*

Qui est le ou la bénéficiaire? Employé(e)/Membre Conjoint(e)

Si le ou la conjoint(e) est sélectionné(e), saisir le nom complet : _____ Date de naissance (mm/jj/aaaa) : _____

Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent* : Indemnité hebdomadaire en cas d'accident Frais dentaires accidentels
 Démembrement accidentel/perte de jouissance
 Dépenses de remboursement Dépenses de prédétermination

* Veuillez consulter votre livret d'avantages sociaux ou communiquer avec le promoteur de votre régime pour déterminer la couverture admissible

Si vous demandez une indemnité d'accident hebdomadaire, fournissez les renseignements suivants :

Dernier jour travaillé (mm/jj/aaaa) : _____ Heures travaillées le jour précédant l'invalidité : _____

Êtes-vous de retour au travail? Ou prévoyez-vous retourner au travail? Oui Non Indiquez la date (mm/jj/aaaa) : _____

Les détails du dossier de réclamation

Veuillez décrire votre affection :

Quelles sont vos restrictions et quand ont-elles commencé?

Où avez-vous subi une blessure à la suite d'un accident? _____

Heure et date de l'accident : _____

Une autre partie était-elle en cause? Oui Non

A-t-il été signalé à la police? Oui Non

Des accusations ont-elles été portées? Oui Non

Renseignements sur le traitement de la personne participant au régime

Avez-vous été admis(e) à un hôpital? Oui Non

Si oui, saisir la date d'admission (mm/jj/aaaa) : _____

Date de congé (mm/jj/aaaa) : _____

Indiquez tous les fournisseurs de soins de santé que vous avez consultés (p. ex. : chiropraticien, physiothérapeute, médecin, etc.)

Nom	Première consultation (mm/jj/aaaa)	Dernière consultation (mm/jj/aaaa)	Raison de la consultation

Indiquez les traitements reçus, y compris les médicaments

Traitement	Date de début du traitement (mm/jj/aaaa)	Raison du traitement	Changements apportés au traitement (p. ex. : posologie, type de thérapie, etc.)	Date du changement (mm/jj/aaaa)

Remboursement du traitement en raison d'une blessure résultant d'un accident

Faites-vous une demande de remboursement des dépenses? Oui Non

Si oui, des reçus sont requis : En pièce jointe À soumettre

Recevez-vous un traitement en cours? Oui Non Si oui, indiquer la durée prévue du traitement? _____

Autorisations

Par les présentes, j'autorise tout médecin ou praticien que j'ai consulté et tout hôpital, clinique ou autre établissement médical ou paramédical où j'ai reçu des soins, ainsi que toute compagnie d'assurance, tout organisme gouvernemental, régime d'assurance maladie provincial, l'Agence de revenu du Canada, toute institution, tout organisme ou toute personne détenant des dossiers et des informations à mon sujet ou au sujet de ma santé à en divulguer tous les détails, y compris tous mes antécédents médicaux et mon état de santé actuel, à La Compagnie d'Assurance vie Wawanesa, ses réassureurs ou ses entreprises associées aux fins du traitement de ma demande de prestations d'invalidité.

J'autorise également mon assureur, Wawanesa Vie, et ses réassureurs à échanger les renseignements personnels obtenus dans le cadre de ma demande de prestations au titre de ce régime, avec les réassureurs de l'assureur et tous mes autres assureurs. De plus, j'autorise mon assureur à inclure ces renseignements personnels dans tout autre dossier qu'il détient actuellement à mon sujet, ou qu'il pourrait ouvrir à l'avenir, aux fins d'une utilisation conforme à l'objet de tels autres dossiers.

Je comprends que la transmission du présent formulaire, l'examen de la présente demande de prestations ou l'admission de la preuve de sinistre par La Compagnie d'Assurance vie Wawanesa ne sauraient être interprétés comme une reconnaissance de la validité de toute demande de prestations ni comme une renonciation à ses droits lors de la défense d'une demande dans le cadre du régime.

Consentement et divulgation de renseignements personnels

Je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels par Wawanesa Vie aux fins suivantes : établir et maintenir des communications avec moi; évaluer les risques selon le principe de prudence; analyser et payer des demandes de prestations; détecter et prévenir la fraude; offrir et fournir des produits et des services pour répondre à mes besoins; compiler des statistiques et agir conformément à ce qu'exige et autorise la loi.

Je comprends que Wawanesa Vie peut transmettre mes renseignements personnels avec les personnes, organismes et fournisseurs de services suivants : les employés de Wawanesa Vie qui ont besoin de ces renseignements pour effectuer leur travail; des enquêteurs de sinistres; des organismes d'enquête; des fournisseurs de services de traitement et de stockage des renseignements; des services de programmation, d'impression, de poste et de distribution; les sociétés de réassurance concernées; les personnes à qui j'ai donné accès à ces renseignements et les personnes qui sont autorisées par la loi à voir mes renseignements personnels. Ces personnes, ces organisations et ces fournisseurs de services peuvent être situés dans d'autres provinces ou d'autres territoires à l'extérieur du Canada. Mes renseignements peuvent être communiqués comme l'exigent les lois de ces territoires. Je comprends que toute restriction limitant mon consentement ou encore le retrait de mon consentement pourrait faire en sorte que Wawanesa Vie ne puisse pas traiter la demande de prestations présentée.

Vous pouvez obtenir de plus amples renseignements sur la Politique sur la protection des renseignements personnels de Wawanesa Vie et ses pratiques concernant les fournisseurs de services à l'extérieur du Canada à https://www.wawanesalife.com/?language_id=102 ou auprès de notre service à la clientèle, Wawanesa Vie, 236 Carlton Street, Winnipeg (Manitoba) R3C 1P5.

Si vous avez une question (y compris une question concernant la collecte de renseignements personnels par nous ou la collecte, l'utilisation, la divulgation ou le stockage de renseignements personnels pour notre compte par les prestataires de services à l'extérieur du Canada) ou une plainte concernant nos politiques et procédures de protection de la vie privée, veuillez communiquer avec la personne responsable du respect de la protection des renseignements personnels de l'entreprise à l'adresse qui suit : Bureau de la protection de la vie privée, La Compagnie d'assurance vie Wawanesa, 236 Carlton St., Winnipeg (Manitoba) R3C 1P5.

Déclaration et signature

Par les présentes, je déclare que les réponses qui précèdent sont véridiques et complètes; qu'à ma connaissance, je n'ai dissimulé aucun fait important à Wawanesa Vie et que les réponses et déclarations qui précèdent ont été faites aux fins de l'obtention des prestations demandées.

Je confirme avoir lu, compris et accepté les conditions contenues dans la partie Consentement et divulgation de renseignements personnels.

J'autorise tous les médecins et toute autre personne m'ayant prodigué des soins et tous les hôpitaux, toutes les institutions et toutes les autorités gouvernementales à transmettre à La Compagnie d'Assurance vie Wawanesa tous les renseignements à mon sujet en leur possession ou dont ils ont connaissance aux fins du traitement de ma demande de prestations d'invalidité.

Une photocopie ou une reproduction électronique du présent document sont aussi valides que l'original.

Numéro de la police : _____

Nom de la personne participant au régime (en caractères d'imprimerie) : _____

Signature de la personne participant au régime

Date de signature (mm/jj/aaaa)