Maladie grave liste de contrôle

Veuillez renvoyer les piéces justificatives à:

La Compagnie d'assurance vie Wawanesa, Service de l'indemnisation
236 Rue Carlton, Winnipeg, Manitoba R3C 1P5
Pour toute demande de renseignements, veuillez composer le 1-844-318-0411, ext. 3
Courriel: wawanesalife-claims@wawanesa.com

wawanesalife.com

Réclamation - Liste de contrôle:

Afin que l'évaluation de vos prestations d'assurance maladie grave collective soit faite le plus rapidement possible, veuillez vérifier les documents suivants et vous assurer qu'ils ont tous été joints à votre demande.

- ☐ Formulaire maladie grave - Déclaration du participant au régime - rempli et signé par vous
- ☐ Déclaration du médecin traitant concernant le problème médical couvert par l'assurance maladie grave - produite et signée par votre médecin
- ☐ Notes du dossier médical
- ☐ Formulaire Autorisation et déclarations - signé par vous
- ☐ La section Autorisation de dépôt direct - sigée et remplie par vous, accompagnée d'une chèque annulé

« Wawanesa » désigne La Compagnie d'assurance vie Wawanesa

EFFACER LA PAGE