Autorisation de paiement des réclamations

Veuillez 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 : Wawanesa Vie – Réclamations
236, Carlton Street, Winnipeg (Manitoba) R3C 1P5
Pour toute question, veuillez composer le 1 844 318-0411, poste 3
Télécopieur : 1 855 496-3028 Courriel : wawanesalife-claims@wawanesa.com
wawanesavie.com

Nom de l'assuré ou du membre du régime : _____ Numéro de la police d'assurance ou du groupe : _____

Nom du bénéficiaire : _____

Le bénéficiaire désigne la personne ou l'entité qui reçoit le paiement de la réclamation (par exemple, un bénéficiaire, un membre assuré, un demandeur, une succession, un fiduciaire ou un cessionnaire).

Si le paiement est émis à plusieurs bénéficiaires, chaque bénéficiaire doit remplir un formulaire d'autorisation de paiement des réclamations distinct.

Adresse du bénéficiaire : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Numéro de téléphone : _____ Courriel : _____

_____ _____
Signature du bénéficiaire Date de la signature (jj/mm/aaaa)

◯ **Option 1 – Chèque** Nous enverrons le chèque par la poste à l'adresse ci-dessus.

◯ **Option 2 – Transfert électronique de fonds** Nous déposerons automatiquement les fonds dans votre compte bancaire.

Type de compte :

◯ Compte d'épargne (une autorisation signée de votre institution financière est requise)

◯ Compte de chèques (joindre un spécimen de chèque marqué « annulé » ou un formulaire de dépôt direct)

EFFACER FORMULAIRE EFFACER LA PAGE

Autorisation de dépôt direct et déclarations

- J'autorise La Compagnie d'assurance vie Wawanesa à déposer directement tous les paiements de réclamation dans le compte indiqué ci-dessus.
- J'autorise La Compagnie d'assurance vie Wawanesa et mon institution financière à échanger des renseignements personnels pour procéder au dépôt direct, au besoin.
- Je conviens qu'une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation de dépôt direct est aussi valide que l'original.
- J'atteste que les renseignements fournis sont, à ma connaissance, véridiques, exacts et complets.

Signature du bénéficiaire

Date de la signature (jj/mm/aaaa)

Nous exigeons votre signature afin de traiter votre demande de paiement. Veuillez vous assurer que ce formulaire est dûment rempli dans son intégralité.

Protection des renseignements personnels

À La Compagnie d'assurance vie Wawanesa (Wawanesa Vie), nous reconnaissons et respectons l'importance de la protection de la vie privée. Lorsqu'une personne souscrit une assurance, nous ouvrons un dossier confidentiel où sont consignés ses renseignements personnels. Ce dossier est conservé dans les bureaux de Wawanesa Vie ou ceux d'une organisation autorisée par Wawanesa Vie. Vous avez la possibilité d'exercer certains droits d'accès et de rectification à l'égard des renseignements contenus dans votre dossier. Pour ce faire, vous n'avez qu'à envoyer une demande écrite à Wawanesa Vie à l'adresse qui figure dans le haut du présent formulaire. Wawanesa Vie limite l'accès aux renseignements personnels contenus dans votre dossier à son personnel, aux personnes qu'elle y autorise pour qu'elles puissent exercer leurs fonctions, aux personnes auxquelles vous avez accordé un accès et aux personnes autorisées par la loi. Wawanesa Vie utilisera les renseignements personnels pour gérer le régime collectif, faire enquête et traiter les demandes de réclamation, ainsi que pour créer et tenir à jour les dossiers relatifs à notre relation.

« Wawanesa » désigne La Compagnie d'assurance vie Wawanesa, l'assureur agréé.

EFFACER FORMULAIRE EFFACER LA PAGE