

Déclaration du demandeur - Assurance vie collective



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 – Indemnisation

236 rue Carlton, Winnipeg (Manitoba) R3C 1P5

Pour toute demande de renseignements, veuillez composer le 1 844 318-0411, poste 3.

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

wawanesavie.com

Renseignements sur la personne décédée

Nom de famille de la personne décédée : _____ Prénom de la personne décédée : _____

Lien avec le participant au régime : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____ Date de décès (jj/mm/aaaa) : _____

Cause du décès : _____

Renseignements sur le demandeur (à remplir et signer par le demandeur de la prestation)

Nom de famille du demandeur : _____ Prénom du demandeur : _____

Lien avec la personne décédée : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____

En quelle qualité ou sur quelle base demandez-vous la prestation? (faites un choix)

Bénéficiaire désigné Bénéficiaire désigné; tuteur Exécuteur testamentaire Fiduciaire : _____

Autre (préciser) : _____

J'autorise l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale à des fins de déclaration fiscale lorsque cela est nécessaire pour le paiement des intérêts de la prestation.

Numéro d'assurance sociale : _____

Autorisation et déclarations

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

J'autorise l'assureur, Wawanesa Vie, et ses réassureurs à échanger les renseignements personnels obtenus dans le cadre de la présente demande de prestations au titre de ce régime, avec les réassureurs de l'assureur et tous mes autres assureurs. De plus, j'autorise l'assureur à inclure ces renseignements personnels dans tout autre dossier qu'il détient actuellement au sujet de la personne décédée, 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 et de ceux de la personne décédée 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 aux personnes, organisations et prestataires de services suivants : les employés de Wawanesa Vie qui ont besoin de ces renseignements pour effectuer leur travail; les enquêteurs de sinistres, les organismes d'enquête; les organismes de réglementation; les fournisseurs de services de traitement et de stockage des renseignements, les 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 et ceux de la personne décédée. 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 et ceux de la personne décédée peuvent être transmis 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 de protection des renseignements personnels de Wawanesa Vie et ses pratiques concernant les fournisseurs de services à l'extérieur du Canada à www.wawanesalife.com ou auprès de notre service à la clientèle, Wawanesa Vie, 236 Carlton Street, Winnipeg (Manitoba) R3C 1P5.

Si vous avez des questions (y compris des questions 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 des fournisseurs de services à l'extérieur du Canada) ou une plainte concernant nos politiques et procédures de protection des renseignements personnels, veuillez communiquer avec la personne responsable du respect de la protection des renseignements personnels de l'entreprise à l'adresse qui suit : Responsable de la protection des renseignements personnels, La Compagnie d'assurance vie Wawanesa, 236, rue Carlton, Winnipeg (Manitoba) R3C 1P5.

Déclaration et signatures

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 La Compagnie d'assurance vie Wawanesa 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 ayant prodigué des soins à la personne décédée et tous les hôpitaux, toutes les institutions et toutes les autorités gouvernementales à transmettre à La Compagnie d'Assurance vie Wawanesa tous les renseignements au sujet de la personne décédée en leur possession ou dont ils ont connaissance aux fins du traitement de la demande de prestation de décès.

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

Nom du demandeur (en caractère d'imprimerie) : _____

Date (jj-mm-aaaa) : _____ Signature du demandeur : _____

Date (jj/mm/aaaa) : _____ Signature du témoin : _____