
Veillez retourner le formulaire à :**La Compagnie d'assurance vie Wawanesa**

236 rue Carlton, Winnipeg (Manitoba) R3C 1P5

Téléphone : 1 844 318-0411, option 3

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

Site web : wawanesalife.com

Nom du titulaire de police : _____ Numéro de police : _____

Nom du bénéficiaire : _____

S'il y a plusieurs bénéficiaires, chaque bénéficiaire doit soumettre un Formulaire d'autorisation de paiement des réclamations.

☐ **Option 1 - Chèque**

Si vous choisissez cette option, veuillez indiquer l'adresse à laquelle vous souhaitez que le chèque soit envoyé.

Adresse du bénéficiaire : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Signature du bénéficiaire_____
Date (jj/mm/aaaa)☐ **Option 2 - Transfert électronique de fonds**

Les fonds seront automatiquement déposés dans votre compte bancaire d'ici deux jours.

Type de compte :

- ☐ Compte d'épargne (Une autorisation signée de votre institution financière est requise.)
- ☐ Compte de chèques (Veuillez joindre une formule de chèque portant la mention « annulé ».)

Nom de l'institution financière : _____

Numéro de transit : _____ Numéro de l'institution : _____ Numéro de compte : _____

Autorisation de dépôt direct et déclarations

- J'autorise La Compagnie d'assurance-vie Wawanesa à déposer le montant des réclamations 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.
- Je déclare que les renseignements fournis sont, à ma connaissance, véridiques, exacts et complets.

Signature du bénéficiaire

Date (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 détails de notre relation.