

# Déclaration du promoteur du régime 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](mailto:wawanesalife-claims@wawanesa.com)

[wawanesavie.com](http://wawanesavie.com)

## Déclaration du promoteur du régime (cette section doit être remplie par le promoteur du régime)

Promoteur du régime : \_\_\_\_\_ Numéro du régime d'assurance collective : \_\_\_\_\_

Nom de famille du participant au régime : \_\_\_\_\_ Prénom du participant au régime : \_\_\_\_\_

ID du participant au régime : WLI \_\_\_\_\_

### Type et montant de la réclamation

	Participant au régime	Conjoint(e)	Personne à charge
Assurance vie de base			
Assurance vie facultative			
Assurance décès accidentel			
Assurance décès accidentel facultative			

### Renseignements sur l'emploi :

Date d'embauche (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_ Date de prise d'effet de l'assurance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Emploi : \_\_\_\_\_ Salaire au dernier jour travaillé : \_\_\_\_\_

Classe du régime :  Temps plein  Temps partiel

Heures par semaine : \_\_\_\_\_

Dernier jour travaillé (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_ Raison du départ : \_\_\_\_\_

J'atteste qu'à ma connaissance, les déclarations ci-dessus sont vraies et exactes.

\_\_\_\_\_  
Date (jj-mm-aaaa)

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Titre