

Déclaration du promoteur du régime Assurance vie collective



Veillez 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.

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

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