

A. RENSEIGNEMENTS FOURNIS PAR LE PROMOTEUR DU RÉGIME			
Date d'embauche (AA/MM/JJ)	Nom du promoteur de régime <i>L'employé doit recevoir un relevé T4 de ce souscripteur.</i>	Police n°	Catégorie n°
Date d'entrée en vigueur de la garantie (AA/MM/JJ)	Emploi du participant au régime	Nombre d'heures travaillées par semaine	Revenus <input type="checkbox"/> Taux horaire <input type="checkbox"/> Par semaine \$ <input type="checkbox"/> Salaire mensuel <input type="checkbox"/> Salaire annuel
À l'usage du bureau administratif de Wawanesa Vie seulement.			
Police Wawanesa	Date d'entrée en vigueur	Remise en vigueur/mod.	

B. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT AU RÉGIME			
Dactylographié ou en caractères d'imprimerie			
Nom du participant au régime	Nom	Prénom	Initiale
Adresse postale	Rue	Ville	Province Code postal
Numéro d'identification (pour un nouvel employé à attribuer)	Langue <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français	Province d'emploi	
Date de naissance (AA/MM/JJ)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Avez-vous un conjoint*? Avez-vous un ou plusieurs enfants à charge? (âgés de moins de 21 ans) Âgés de 21 à 25 ans aux études à temps plein* *Soumettez un formulaire 3-9 d'admissibilité des enfants à charge rempli pour chaque enfant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
*Les conjoints de fait sont admissibles après 12 mois de cohabitation Date de début de la cohabitation : _____			

C. RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE	
<input type="checkbox"/> Je demande une couverture individuelle. Je n'ai aucune personne à charge. <input type="checkbox"/> Je demande une couverture individuelle. Les personnes à ma charge sont couvertes par un autre régime. Nom de l'assureur _____ Numéro du régime _____	<input type="checkbox"/> Je demande une couverture familiale. Une couverture pour moi et les personnes à ma charge. <input type="checkbox"/> Je souhaite coordonner ma couverture avec le régime de mon conjoint. Nom de l'assureur _____ Numéro du régime _____

	Nom	Prénom	Initiale	Sexe	Date de naissance AA/MM/JJ
Conjoint					
1 ^{er} enfant					
2 ^e enfant					
3 ^e enfant					
4 ^e enfant					
5 ^e enfant					

Police n° _____ **Nom du participant au régime** _____

Nom _____ Prénom _____

D. DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES

Nom du(des) bénéficiaire(s) Nom	<input type="checkbox"/> Nouvelle demande <input type="checkbox"/> Modification		Initiale	Quote-part (%)	Lien entre le bénéficiaire et le proposant
	Prénom				
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Total	_____	_____	_____	100 %	_____

Le participant au régime peut désigner ou modifier ses bénéficiaires en tout temps. Veuillez prendre note que la désignation d'un bénéficiaire est l'une des décisions les plus importantes que vous aurez à prendre concernant le présent régime collectif d'assurance. Les désignations que vous faites doivent témoigner clairement de votre intention quant à l'identité de la personne qui doit recevoir les sommes assurées en cas de décès.

Vous pouvez désigner un **bénéficiaire subsidiaire** en joignant une autre feuille à la présente demande comportant vos instructions et votre signature.

Si une quote-part a été attribuée à chaque bénéficiaire, seules ces sommes peuvent être versées à chaque bénéficiaire. Si l'un des bénéficiaires devait mourir avant vous, sa quote-part serait payable à votre succession.

Si vous désignez un bénéficiaire mineur, les sommes assurées ne peuvent pas lui être payées directement. Afin d'éviter des difficultés au moment de régler la demande de règlement, un fiduciaire devrait être nommé pour tout bénéficiaire mineur. **Veillez remplir la désignation de fiduciaire.**

E. VEUILLEZ PRENDRE NOTE : La désignation de fiduciaire ne doit être remplie QUE SI un bénéficiaire désigné est mineur

Désignation de fiduciaire : Je nomme par les présentes _____

Nom _____ Lien _____

en qualité de fiduciaire pour recevoir tous les paiements pour le compte de _____, soit le bénéficiaire que j'ai désigné, pendant qu'il est encore mineur.

F. AVIS DE CONSENTEMENT ET DE DIVULGATION À L'ÉGARD DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS – AUTORISATION ET ATTESTATION

Je consens à ce que Wawanesa Vie recueille, utilise et communique mes renseignements personnels pour : prendre et garder contact avec moi; effectuer la tarification des risques avec prudence; enquêter sur les sinistres et payer les indemnités; déceler et prévenir la fraude; proposer ou fournir des produits et des services qui répondent à mes besoins; compiler des statistiques et agir comme l'exige ou l'autorise la loi.

Je comprends que Wawanesa Vie peut communiquer mes renseignements personnels aux personnes, organisations et fournisseurs de services suivants : les employés et agents de Wawanesa Vie qui ont besoin de cette information pour faire leur travail; les enquêteurs d'assurance, les organismes d'enquête; les fournisseurs de services de traitement et de stockage de données et de programmation, d'impression et de distribution postale; les sociétés de réassurance concernées; les personnes à qui j'ai accordé l'accès à mes données; les personnes autorisées par la loi à consulter mes renseignements personnels. Ces personnes, organisations et fournisseurs de services peuvent se trouver dans d'autres provinces ou dans des zones de compétence à l'extérieur du Canada. Mes renseignements personnels peuvent être partagés conformément aux exigences des lois de ces autres provinces ou territoires de compétence.

Je reconnais que je ne peux inscrire, à ce moment-ci ou à tout moment ultérieur, que les personnes à charge qui m'ont autorisé à fournir leurs renseignements et qui consentent à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de ces renseignements aux fins indiquées ci-dessus.

Je comprends que toute restriction ou tout retrait de mon consentement peut avoir pour conséquence que Wawanesa Vie soit dans l'incapacité de traiter la demande de règlement présentée.

Pour plus de renseignements sur la politique de protection des renseignements personnels de Wawanesa Vie et les pratiques des fournisseurs de services à l'extérieur du Canada, il convient de communiquer avec le Bureau administratif de Wawanesa Vie, au 400-200 Main Street, Winnipeg (Manitoba) R3C 1A8 ou de consulter le site www.wawanesalife.com

Si vous avez des questions (y compris des questions au sujet des renseignements personnels que nous recueillons, ou au sujet des renseignements personnels recueillis, utilisés, communiqués ou stockés pour notre compte par des fournisseurs de services tiers à l'extérieur du Canada) ou voulez formuler une plainte à l'égard de nos politiques et procédures relatives à la protection de la vie privée, veuillez communiquer avec le responsable de la conformité en matière de protection des renseignements personnels : Responsable de la protection de la vie privée, La Compagnie d'assurance-vie Wawanesa, 400-200 Main Street, Winnipeg (Manitoba) R3C 1A8.

- Je demande par les présentes une couverture pour laquelle je suis ou pourrais devenir admissible aux termes du régime d'assurance collective émis par Wawanesa Vie.
- Je déclare que les renseignements fournis sont exhaustifs et exacts.
- J'autorise les retenues sur ma paie qui sont nécessaires aux fins des cotisations exigées aux termes du régime d'assurance collective, le cas échéant.
- J'autorise Wawanesa Vie, ou tout fournisseur de soins de santé, mon administrateur de régime, d'autres compagnies d'assurance, ou d'autres fournisseurs de prestations collaborant avec Wawanesa Vie à échanger des renseignements, lorsque nécessaire pour déterminer mon admissibilité à la couverture et pour administrer le régime d'assurance collective.
- Je déclare que j'ai lu le consentement et la divulgation à l'égard des renseignements personnels et je consens à ce que mes renseignements personnels soient utilisés de cette manière.

Date _____ Signature _____