

Veillez retourner le présent formulaire rempli et les documents à l'appui à l'adresse suivante :

Group Benefit Services  
400-200 Main Street, Winnipeg (Manitoba) R3C 1A8

T:1-844-318-0411, #4

F:1-855-4963028

[WawanesaLife-claims@wawanesa.com](mailto:WawanesaLife-claims@wawanesa.com)

wawanesalife.com

**RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE PARTICIPANT AU RÉGIME**

Personne participant au régime \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_  
Nom de famille Prénom Initiale (aa/mm/jj)

Adresse \_\_\_\_\_  
Rue Ville Province Code postal

Numéro de téléphone \_\_\_\_\_  
Domicile Cellulaire Travail

Courriel \_\_\_\_\_ Numéro d'assurance sociale \_\_\_\_\_

**Renseignements sur l'invalidité de la personne participant au régime**

Veillez décrire votre maladie ou votre blessure actuelle et indiquer pourquoi elle vous empêche de travailler.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Quels étaient vos premiers symptômes?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

À quel moment avez-vous remarqué les symptômes pour la première fois?

\_\_\_\_\_

À quel endroit s'est produit l'accident/la blessure? \_\_\_\_\_  
L'emplacement Heure et date de l'accident (aa/mm/jj)

Une autre partie est-elle responsable?  Oui  Non La consommation d'alcool est-elle en cause?  Oui  Non

L'accident a-t-il été signalé à la police?  Oui  Non Des accusations ont-elles été portées  Oui  Non

*Si tel est le cas, veuillez fournir une copie du rapport d'incident/de police*

Y a-t-il d'autres facteurs vous empêchant de travailler? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Votre maladie ou votre blessure est-elle liée à votre occupation? Veuillez justifier votre réponse :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Renseignements sur le traitement du participant au régime

Avez-vous été hospitalisé?  Oui  Non

Nom de l'hôpital \_\_\_\_\_ Date de l'admission \_\_\_\_\_ (aa/mm/jj) Date du congé \_\_\_\_\_ (aa/mm/jj)

Veillez indiquer tous les prestataires de soins de santé que vous avez consultés (p. ex. : chiropraticien, médecin)

Nom	Première consultation (aa/mm/jj)	Dernière consultation (aa/mm/jj)	Raison

Veillez indiquer les traitements reçus, y compris les médicaments

Nom du traitement	Date du début du traitement (aa/mm/jj)	Raison du traitement	Changements apportés au traitement (c.-à-d. dosage, type de thérapie, etc.)	Date du changement (aa/mm/jj)

### Renseignements sur l'emploi actuel de la personne participant au régime

Dernière journée de travail avant l'invalidité \_\_\_\_\_ (aa/mm/jj) Heures travaillées \_\_\_\_\_  Temps plein  Temps partiel

Date à partir de laquelle vous étiez incapable de travailler \_\_\_\_\_ (aa/mm/jj)

Êtes-vous de retour au travail?  Oui  Non Si la réponse est « oui », indiquez la date \_\_\_\_\_ (aa/mm/jj)

Si vous n'êtes pas de retour au travail, à quel moment prévoyez-vous l'être? \_\_\_\_\_ (aa/mm/jj)

Avez-vous effectué un autre travail depuis cette date? Si la réponse est « oui », veuillez le décrire. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Êtes-vous capable de faire un autre travail? Si la réponse est « oui », veuillez le décrire. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Renseignements financiers sur la personne participant au régime** *Veillez fournir des copies des relevés initiaux des prestations*

Avez-vous demandé ou obtenu les prestations suivantes

	Demandé		Obtenu		Date de la demande/ date de l'obtention	Montant
	Oui	Non	Oui	Non		
Régime de pensions du Canada/Régime de rentes du Québec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Commission des accidents du travail (ou équivalent)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Prestations d'assurance-emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Prestations d'assurance automobile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Autres prestations d'invalidité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Régime de retraite d'un employeur Revenu d'un régime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Revenu d'un travail autonome ou autre revenu d'emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sécurité de la vieillesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Autre _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

*Pour la durée de votre demande de prestations, vous avez la responsabilité d'informer Wawanesa Vie de ce qui suit:*

- tout travail fait, que vous ayez touché ou non un salaire ou une rémunération*
- tout revenu d'emploi versé à vous ou à une autre partie en raison d'un travail fait par vous*

## Autorisations

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

J'autorise également mon assureur, Wawanesa Vie, et ses réassureurs à échanger les renseignements personnels obtenus dans le cadre de ma demande de prestations au titre de ce régime, avec les réassureurs de l'assureur et tous mes autres assureurs. J'autorise de plus mon assureur à inclure ces renseignements personnels dans tout autre dossier qu'il détient actuellement à mon sujet, 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 ma 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 par Wawanesa Vie aux fins suivantes : établir et maintenir des communications avec moi; évaluer les risques selon le principe de prudence; examiner 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 membres du personnel de Wawanesa Vie qui ont besoin de ces renseignements pour effectuer leur travail; des responsable des enquête sur les sinistres, des organismes d'enquête; des prestataires de services de traitement et de stockage des renseignements, des 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. Ces personnes, ces organisations et ces prestataires de services peuvent être situés dans d'autres provinces ou d'autres territoires à l'extérieur du Canada. Mes renseignements 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 pourraient faire en sorte que Wawanesa Vie ne puisse pas traiter ma demande de prestations.

Vous pouvez obtenir de plus amples renseignements sur la politique de protection des renseignements personnels de Wawanesa Vie et ses pratiques concernant les prestataires de services à l'extérieur du Canada à partir du site [www.wawanesalife.com](http://www.wawanesalife.com) ou de notre service d'assistance à la clientèle, Wawanesa Vie, 400-200 Main Street, Winnipeg (Manitoba) R3C 1A8.

Si vous avez une question (y compris une question 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 les prestataires de services à l'extérieur du Canada) ou une plainte concernant nos politiques et procédures de protection de la vie privée, 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, 400-200 Main Street, Winnipeg (Manitoba) R3C 1A8.

## Déclaration et signature

Par les présentes, je déclare que les réponses qui précèdent sont exactes et complètes; qu'à ma connaissance, je n'ai dissimulé aucun fait important à Wawanesa Vie 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 m'ayant prodigué des soins et tous les hôpitaux, institutions et autorités gouvernementales à transmettre à La Compagnie d'Assurance-vie Wawanesa tous les renseignements à mon sujet en leur possession ou dont ils ont connaissance aux fins du traitement de ma demande de prestations d'invalidité.

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

\_\_\_\_\_  
N° du régime collectif

\_\_\_\_\_  
Nom de la personne participant au régime (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Date (aa/mm/jj)

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne participant au régime