

## DEMANDE DE REMISE EN VIGUEUR À ACCEPTATION RAPIDE pour les polices d'assurance vie tombées en déchéance au cours des six derniers mois

### DIRECTIVES

- Utilisez le présent formulaire afin de remettre en vigueur une police d'assurance vie qui est tombée en déchéance dans les 180 jours suivant la première prime en souffrance.
- Utilisez le formulaire de demande de remise en vigueur et/ou de modification afin de remettre en vigueur une police d'assurance vie qui est tombée en déchéance il y a plus de six mois.
- Pour remettre en vigueur une police d'assurance maladies graves à acceptation rapide, une police à acceptation automatique ou une police d'assurance des derniers frais, veuillez présenter une proposition pour la police visée et fournir le numéro de police actuel.

*Il est possible que nous ayons besoin d'autres preuves d'assurabilité pour remettre en vigueur votre police.*

A. IDENTIFICATION DE LA POLICE (en caractères d'imprimerie)		N° DE POLICE :	
<input type="checkbox"/> Personne assurée <input type="checkbox"/> Titulaire de la police  Nom : <input style="width: 100%;" type="text"/>  Adresse : <input style="width: 100%;" type="text"/> <input style="width: 100%;" type="text"/> Téléphone Maison : <input style="width: 50%;" type="text"/> Travail : <input style="width: 50%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Titulaire de la police <input type="checkbox"/> Deuxième assuré  Nom : <input style="width: 100%;" type="text"/>  Adresse : <input style="width: 100%;" type="text"/> <input style="width: 100%;" type="text"/> Téléphone Maison : <input style="width: 50%;" type="text"/> Travail : <input style="width: 50%;" type="text"/>		

B. PREUVE D'ASSURABILITÉ				
<b>CHACQUE PERSONNE À ASSURER DOIT RÉPONDRE AUX QUESTIONS 1 À 5. VEUILLEZ FOURNIR DES PRÉCISIONS SUR LES RÉPONSES AUXQUELLES VOUS AVEZ RÉPONDU « OUI » DANS LA SECTION « PRÉCISIONS » CI-APRÈS.</b>			Personne assurée	Deuxième assuré
			OUI	NON
1. Au cours de la dernière année, avez-vous été admis à l'hôpital ou à une installation médicale, ou vous a-t-on conseillé de le faire ou avez-vous subi une chirurgie ou vous a-t-on recommandé de subir une chirurgie?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
2. Au cours de la dernière année, avez-vous reçu un traitement médical pour une maladie coronarienne, le diabète, un AVC ou un cancer ou un professionnel de la santé a-t-il recommandé un traitement pour ces affections?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
3. Au cours de la dernière année, vous êtes-vous absenté du travail pendant plus de 10 jours consécutifs en raison d'un accident ou d'une maladie?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
4. Avez-vous déjà reçu un diagnostic de trouble d'immunodéficience, y compris le sida, le complexe associé au sida, ou un gonflement généralisé des glandes lymphatiques, ou avez-vous reçu des résultats de tests qui indiquent une exposition possible au virus du sida (p. ex., le VIH, le HTLV-3, LAV)?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
5. Avez-vous déjà présenté une proposition d'assurance vie, d'assurance invalidité, d'assurance maladies graves ou d'assurance soins de longue durée qui a été refusée ou pour laquelle on vous a proposé une assurance dont les prestations sont limitées ou une assurance assortie d'un taux non conventionnel?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

**PRÉCISIONS – Si vous avez répondu « Oui » à l'une ou à l'autre des questions figurant à la partie B, veuillez indiquer le numéro de la question et fournir des informations détaillées.**

NUMÉRO DE LA QUESTION	PERSONNE ASSURÉE	PRÉCISION SUR LE DIAGNOSTIC, LA DURÉE ET LES RÉSULTATS	DATE	NOM ET ADRESSE DU MÉDECIN ET/OU DE L'HÔPITAL

C. INFORMATION SUR LE PAIEMENT	
Options de paiement : <input type="checkbox"/> Prélèvement automatique (remplir la partie Prélèvement automatique ci-après) : <input type="checkbox"/> mensuel <input type="checkbox"/> semestriel <input type="checkbox"/> annuel ou <input type="checkbox"/> Facturation : <input type="checkbox"/> s.o. <input type="checkbox"/> semestrielle <input type="checkbox"/> annuelle	
Total de la prime type : <input style="width: 100%;" type="text"/>	Somme payée avec la présente proposition : <input style="width: 100%;" type="text"/>
Prélèvement automatique	
Nom du titulaire de compte : <input style="width: 80%;" type="text"/>	Téléphone : <input style="width: 100%;" type="text"/>
Adresse du titulaire de compte (si différente de l'adresse du titulaire de police) : <input style="width: 100%;" type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Utiliser les données actuelles de prélèvement automatique de Wawanesa Vie au titre de la police n° <input style="width: 100%;" type="text"/> ou prélèvement automatique n° <input style="width: 100%;" type="text"/> ou :	
<input type="checkbox"/> Établir un nouveau prélèvement automatique et utiliser : <input type="checkbox"/> les données du premier chèque de prime <input type="checkbox"/> les données du spécimen de chèque portant la mention ANNULÉ (ci-joint) <input type="checkbox"/> les renseignements ci-dessous :	
N° de transit : <input style="width: 100%;" type="text"/>	N° d'institution financière : <input style="width: 100%;" type="text"/>
N° de compte : <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Adresse de la succursale : <input style="width: 100%;" type="text"/>	Date de prélèvement : <input type="checkbox"/> Date de la police ou <input type="checkbox"/> ____ (du 1 <sup>er</sup> au 28)

## D. ACCORDS / CONDITIONS PARTICULIÈRES / AUTORISATIONS ET SIGNATURES

Chacun des assurés ou des titulaires de police soussignés reconnaît ce qui suit :

1. L'ensemble des déclarations, accords, assertions et réponses qui sont contenus dans la présente proposition, ainsi que toute déclaration ou réponse supplémentaire donnée dans le cadre de toute déclaration personnelle requise relativement à la présente proposition, et toutes les propositions antérieures, seront pris en compte dans la décision relative à la remise en vigueur de la police et/ou de sa modification demandée par les présentes.
2. Les réponses aux énoncés et aux questions sont complètes, véridiques et correctement consignées.
3. Aux fins d'effectuer le changement, la Compagnie aura le droit a) de résilier la police existante et d'établir une nouvelle police reflétant les modifications demandées ou b) de modifier la police existante.
4. Sous réserve des modifications apportées par la présente proposition, toute dette contractée au titre de la police et les droits de tout bénéficiaire, cessionnaire ou autre personne ayant un intérêt dans la police demeurent inchangés.
5. La remise au titulaire de la police de toute police établie à la suite de la présente proposition et l'acceptation par celui-ci confirment son acceptation des modifications que la compagnie d'assurance a apportées à la police.
6. La remise en vigueur et/ou la modification prend effet à compter du moment où : a) elle est approuvée par les dirigeants autorisés de la Compagnie; b) toutes les primes et les frais exigés ont été payés; et c) la police est remise, à condition que l'assurabilité de la personne assurée, du deuxième assuré ou de l'enfant assuré n'ait pas changé après l'établissement de la présente proposition.
7. Si, dans les deux ans suivant la date d'approbation de la remise en vigueur et/ou de la modification, l'assuré ou toute autre personne à assurer décède par suicide, que l'assuré ou la personne soit sain d'esprit ou non, ou si les renseignements fournis à l'appui de la présente proposition se révèlent faux ou incomplets à l'égard d'un fait important, la remise en vigueur et/ou la modification sera nulle.

### AUTORISATION : L'AUTORISATION SUIVANTE EST VALIDE POUR CHAQUE PARTICULIER DUQUEL UNE PREUVE D'ASSURABILITÉ EST EXIGÉE.

Je reconnais avoir reçu les avis concernant le Medical Information Bureau et les rapports d'enquête, et j'accepte que Wawanesa Vie obtienne ces rapports.

J'autorise tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, clinique ou autre établissement médical connexe ainsi que toute compagnie d'assurance, le Medical Information Bureau, Inc., tout organisme gouvernemental responsable des véhicules automobiles au sujet du dossier de conduite, ou toute autre organisation, institution ou personne qui possède des dossiers ou des renseignements me concernant ou concernant ma santé ou concernant mes enfants ou leur santé à fournir ces renseignements à Wawanesa Vie ou à ses réassureurs.

J'autorise Wawanesa Vie à effectuer les tests, examens, radiographies, électrocardiogrammes, analyses d'urine, profils sanguins généraux, y compris les analyses sanguines pour le SIDA, qui peuvent être requis aux fins de souscrire la présente proposition d'assurance. J'autorise le directeur médical de Wawanesa Vie à communiquer tous les renseignements de nature médicale obtenus pendant le processus de souscription à mon ou nos médecins de famille ou à tout autre professionnel de la santé.

### AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE (s'il y a lieu – veuillez remplir la partie Prélèvement automatique, à la page 1)

Je demande à Wawanesa Vie d'effectuer des prélèvements du compte désigné à la page 1 de la présente proposition, ou de tout compte que je pourrais désigner par la suite, afin de faire des paiements au titre de la police et/ou des remboursements sur avances, et l'autorise à ce faire, selon les modalités suivantes :

1. Les prélèvements seront effectués selon la fréquence de paiement indiquée à la proposition, à la date d'établissement de la police, sauf si un jour de prélèvement différent est précisé.
2. Si un prélèvement automatique mensuel est refusé en raison d'une insuffisance de fonds, le montant du prélèvement suivant portera sur deux mois de prime. Le cas échéant, nous vous enverrons un préavis de prélèvement double.
3. Je peux en tout temps révoquer mon autorisation, à la condition de donner un préavis écrit de 10 jours à Wawanesa Vie. *(Pour un complément d'information sur votre droit d'annuler une entente de prélèvement automatique, communiquez avec votre institution financière ou visitez le site [www.paiements.ca](http://www.paiements.ca).)*
4. J'ai certains droits de recours, au titre de l'entente de prélèvement automatique, si tout débit n'est pas conforme à l'entente. Par exemple, j'ai le droit de recevoir un remboursement pour tout débit qui n'a pas été autorisé ou qui n'est pas conforme à l'entente de prélèvement automatique. *(Pour un supplément d'information sur vos droits de recours, communiquez avec votre institution financière ou visitez le site [www.paiements.ca](http://www.paiements.ca).)*
5. Je peux faire une demande écrite pour ajouter ou supprimer une police couverte par l'entente de prélèvement automatique ou modifier les données bancaires, sans devoir remplir une nouvelle entente de prélèvement automatique.
6. **Je renonce au droit de recevoir un préavis de 10 jours à l'égard d'une augmentation ou d'une diminution du montant du retrait automatique découlant d'un changement de prime survenant pendant le processus de souscription. Un avis de changement de prime sera donné au moment de l'établissement de la police.**

### CONSENTEMENT ET DIVULGATION À L'ÉGARD DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Je consens à ce que Wawanesa Vie recueille, utilise et communique mes renseignements personnels pour : prendre et garder contact avec moi; souscrire les risques avec prudence; enquêter sur les sinistres et payer les indemnités; recevoir les paiements de primes d'assurance et les remboursements des avances sur police; effectuer les prélèvements de primes et déposer des fonds dans mon compte (applicable si une entente de prélèvement automatique est signée); déceler et prévenir la fraude; proposer et fournir des produits et des services qui répondent à mes besoins; compiler des statistiques et agir comme l'exige ou l'autorise la loi.

J'ai lu et compris que Wawanesa Vie peut communiquer mes renseignements personnels aux personnes, organisations et fournisseurs de services qui ont besoin de cette information pour faire leur travail, lesquels peuvent être situés dans d'autres provinces ou à l'extérieur du Canada, comme il est décrit dans l'Avis de consentement et divulgation à l'égard des renseignements personnels figurant à la copie du client. Mes renseignements personnels peuvent être partagés conformément aux exigences des lois de ces autres provinces ou territoires de compétence.

Je reconnais que pour me fournir des services à l'avenir et en m'offrant les garanties stipulées dans la police demandée, Wawanesa Vie pourrait devoir recueillir, utiliser et communiquer des renseignements personnels supplémentaires à mon sujet. Je confirme que le présent consentement s'applique également à ces renseignements personnels.

Je reconnais que toute restriction ou tout retrait de mon consentement peut avoir pour conséquence que Wawanesa Vie soit l'incapacité de me fournir les produits ou services demandés ou doive résilier la police.

*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 siège social de Wawanesa Vie, au 400-200 Main Street, Winnipeg (Manitoba) R3C 1A8, ou consultez [www.wawanesalife.com](http://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 confirme avoir lu, compris et accepté les modalités et conditions des accords, déclarations et autorisations contenus dans la présente proposition. Une photocopie ou une reproduction électronique du présent document est aussi valide que l'original.

Signé à \_\_\_\_\_ dans la province de \_\_\_\_\_. Date \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Personne assurée ou un parent si la personne assurée est âgée de moins de 16 ans (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Personne assurée ou un parent si la personne assurée est âgée de moins de 16 ans (signature)

\_\_\_\_\_  
Enfant en vertu de l'avenant pour la protection d'un enfant, si âgé de 16 ans ou plus (signature)

\_\_\_\_\_  
Deuxième assuré (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Deuxième assuré (signature)

\_\_\_\_\_  
Témoin/conseiller/courtier (signature)

\_\_\_\_\_  
Titulaire de la police, si autre que la personne assurée (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Titulaire de la police, si autre que la personne assurée (signature)

\_\_\_\_\_  
Titulaire du compte de prélèvement automatique (signature)

### DÉCLARATION DU COURTIER (s'il y a lieu)

Je déclare avoir posé toutes les questions et consigné toutes les réponses de tous les assurés proposés dans le cadre de la présente proposition et que je n'ai connaissance d'aucun renseignement important concernant leur assurabilité qui n'ait pas été consigné aux présentes. Je connais le code de déontologie commerciale de la compagnie et je m'y suis conformé.

\_\_\_\_\_  
COURTIER (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
COURTIER (signature)

## AVIS ET DÉCLARATIONS COPIES DU CLIENT

### AVIS RELATIF AU MEDICAL INFORMATION BUREAU, INC (MIB)

Tout renseignement concernant votre assurabilité est confidentiel. Nous, ou nos réassureurs, pouvons cependant envoyer un résumé de ceux-ci au MIB un regroupement sans but lucratif de compagnies d'assurance qui permet l'échange de renseignements entre ses membres. Si vous présentez une demande d'assurance vie ou maladie à une autre compagnie membre du MIB, ou une demande de règlement, le MIB fournira à cette compagnie, sur demande, les renseignements contenus dans ses dossiers.

Le MIB, Inc. vous transmettra, sur demande, tout renseignement qu'il possède à votre sujet. Si vous contestez l'exactitude des renseignements contenus dans votre dossier du MIB, vous pouvez communiquer avec le MIB et faire apporter une correction, conformément à la procédure prescrite par la Fair Credit Reporting Act. L'adresse du bureau des renseignements de MIB est le 330 University Avenue, Suite 501, Toronto (Ontario) M5G 1R7, numéro de téléphone 416-597-0590.

Nous, ou nos réassureurs pouvons également communiquer les renseignements contenus dans votre dossier à d'autres compagnies d'assurance auxquelles vous présentez une proposition d'assurance vie ou maladie ou une demande de règlement.

### AVIS DE RAPPORTS D'ENQUÊTE

Dans le cadre du traitement de la demande de remise en vigueur, la Compagnie d'assurance-vie Wawanesa peut obtenir un extrait du dossier de conduite automobile, un rapport d'enquête individuel ou des rapports sur le consommateur contenant des renseignements personnels au sujet des particuliers à assurer.

### AVIS DE CONSENTEMENT À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX OU DE SOUSCRIPTION

Dans le cadre du processus de souscription, le directeur médical de Wawanesa peut devoir communiquer des renseignements médicaux obtenus pendant le processus de souscription à votre médecin traitant ou à un autre professionnel de la santé. Nous devons peut-être également communiquer des renseignements concernant les facteurs de souscription à votre conseiller en assurance ou à votre courtier d'assurance qui vous offre des produits de Wawanesa Vie.

### AVIS DE CONSENTEMENT ET DE DIVULGATION À L'ÉGARD DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nous recueillons, utilisons et communiquons vos renseignements personnels afin d'administrer les produits et services que vous avez demandés. Les renseignements personnels sont recueillis aux fins suivantes : prendre et garder contact avec vous; souscrire les risques avec prudence; faire enquête et payer les indemnités; recevoir les paiements de primes d'assurance et les remboursements des avances sur police; effectuer les prélèvements de primes et déposer des fonds dans mon compte (applicable si une entente de prélèvement automatique est signée); déceler et prévenir la fraude; proposer et fournir des produits et des services qui répondent à vos besoins; compiler des statistiques et agir de la façon comme l'exige ou l'autorise la loi.

Nous pouvons partager vos renseignements personnels avec les personnes, organisations et fournisseurs de services suivants : les employés de Wawanesa Vie et les courtiers qui ont besoin de cette information pour faire leur travail; les tiers fournisseurs qui ont besoin de ces renseignements pour vous fournir leurs services, notamment les agences paramédicales, les souscripteurs, les enquêteurs d'assurance, les organismes d'enquête, les fournisseurs de services de traitement et de stockage de données, de programmation, d'impression, de distribution postale; les sociétés de réassurance concernées pour leur permettre d'évaluer et de gérer les risques d'assurance qu'ils prennent en charge; le Medical Information Bureau, comme il est expliqué dans l'avis fourni; les personnes à qui j'ai accordé l'accès à mes données; et les personnes autorisées par la loi à consulter vos renseignements personnels. Ces personnes, organisations et fournisseurs de services peuvent se trouver dans d'autres provinces ou dans des territoires de compétence à l'extérieur du Canada. Vos renseignements peuvent être partagés conformément aux lois de ces autres provinces ou territoires de compétence.

Il existe d'autres situations où nous pouvons partager certains aspects de vos renseignements personnels avec d'autres personnes, comme il est décrit ci-dessous :

- Nous pouvons partager les renseignements médicaux recueillis à votre sujet avec votre médecin.
- Nous pouvons partager vos renseignements personnels avec une organisation ou une personne auprès de laquelle nous recueillons des renseignements à votre sujet, mais seulement dans la mesure nécessaire pour obtenir les renseignements nécessaires.
- Si vous avez passé des tests de laboratoire qui révèlent que vous avez obtenu des résultats positifs pour des maladies infectieuses comme le VIH ou l'hépatite, nous pouvons communiquer ces renseignements aux autorités de santé publique compétentes, lorsque cela est exigé.

Comme les renseignements médicaux que vous fournissez dans la présente proposition font partie du contrat imprimé, dans le cas d'une police d'entreprise ou d'une police conjointe, vos renseignements médicaux peuvent être inclus dans le contrat remis aux titulaires de police et aux titulaires subséquents.

Afin de vous fournir des services à l'avenir et de vous fournir les garanties incluses dans la police, Wawanesa Vie pourrait devoir recueillir, utiliser et communiquer des renseignements personnels supplémentaires à votre sujet. Il se peut que nous n'ayons pas besoin de votre consentement à ce moment-là.

Toute restriction ou tout retrait de votre consentement peut avoir pour conséquence que Wawanesa Vie soit dans l'incapacité de vous fournir le produit ou le service pour lequel vous faites une demande ou doit résilier la police.

*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 siège social de Wawanesa Vie, au 400-200 Main Street, Winnipeg (Manitoba) R3C 1A8, ou consultez [www.wawanesalife.com](http://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.*

## AVIS DE CONSENTEMENT CONCERNANT L'AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE (s'il y a lieu)

Vous demandez à Wawanesa Vie d'effectuer des prélèvements du compte désigné à la page 1 de la présente proposition, ou de tout compte que je pourrais désigner par la suite, afin de faire des paiements au titre de la police et/ou des remboursements sur avances, et vous l'autorisez à ce faire, selon les modalités suivantes :

1. Les prélèvements seront effectués selon la fréquence de paiement indiquée à la proposition, à la date d'établissement de la police, sauf si un jour de prélèvement différent est précisé.
2. Si un prélèvement automatique mensuel est refusé en raison d'une insuffisance de fonds, le montant du prélèvement suivant portera sur deux mois de prime. Le cas échéant, nous vous enverrons un préavis de prélèvement double.
3. Vous pouvez en tout temps révoquer votre autorisation, à la condition de fournir un préavis écrit de 10 jours à Wawanesa Vie. *(Pour un complément d'information sur votre droit d'annuler une entente de prélèvement automatique, communiquez avec votre institution financière ou visitez le site [www.paiements.ca](http://www.paiements.ca).)*
4. Vous avez certains droits de recours au titre de l'entente de prélèvement automatique, si tout débit ne respecte pas l'entente. Par exemple, vous avez le droit de recevoir un remboursement pour tout débit non autorisé ou qui n'est pas conforme à l'entente de prélèvement automatique. *(Pour un supplément d'information sur vos droits de recours, communiquez avec votre institution financière ou visitez le site [www.paiements.ca](http://www.paiements.ca).)*
5. Vous pouvez présenter une demande écrite pour ajouter ou supprimer une police au titre de l'entente de prélèvement automatique ou changer les données bancaires sans avoir à remplir une nouvelle entente de prélèvement automatique.
6. **Vous renoncez au droit de recevoir un préavis de 10 jours à l'égard de toute augmentation ou diminution du montant du retrait automatique découlant d'un changement de prime survenant pendant le processus de souscription. Un avis de changement de prime sera donné au moment de l'établissement de la police.**

**LA COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE WAWANESA  
400-200 MAIN STREET, WINNIPEG (MANITOBA) R3C 1A8  
TÉLÉPHONE 1-204-985-3940  
SANS FRAIS 1-800-263-6785  
TÉLÉCOPIEUR 1-888-985-3872**