

# Formulaire de demande d'une couverture d'assurance facultative



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

**La Compagnie d'assurance vie Wawanesa**

**Service des avantages sociaux**

236 Carlton Street, Winnipeg (Manitoba) R3C 1P5

Pour toute demande de renseignements, veuillez appeler le 1 800 665-7076

Ce formulaire est utilisé pour demander une couverture d'assurance vie facultative, une couverture d'assurance décès et mutilation accidentels (ADMA) facultative et/ou une couverture d'assurance en cas de maladie grave facultative pour un participant au régime et son conjoint, et/ou un ou plusieurs enfants à charge.

## Renseignements importants

- Veuillez répondre à toutes les questions afin d'éviter tout retard dans le traitement de votre demande.
- La Section 1 doit être remplie par le promoteur du régime; les Sections 2 à 7 doivent être remplies par le participant au régime.
- Une preuve d'assurabilité est exigée dans certains cas. Veuillez lire attentivement la Section 5 de ce formulaire pour déterminer si vous devez fournir des preuves d'assurabilité afin d'éviter tout retard dans le traitement de votre demande.
- Une assurance exigeant des preuves d'assurabilité n'entre pas en vigueur tant que vous n'avez pas reçu l'avis d'approbation de Wawanesa Vie.
- Dans ce formulaire, les termes « vous », « votre » et « je » désignent la personne qui fait la demande d'assurance.
- Une fois rempli, veuillez envoyer votre formulaire par courriel à [grpspecialists@wawanesa.com](mailto:grpspecialists@wawanesa.com) ou par courrier à l'adresse ci-dessus.
- Si vous avez des questions concernant votre demande de couverture d'assurance facultative, veuillez communiquer avec l'administrateur de votre régime.

## 1. Section du promoteur du régime (cette section doit être remplie par le promoteur du régime)

Numéro du régime : \_\_\_\_\_ Nom du promoteur de régime : \_\_\_\_\_

Numéro de compte : \_\_\_\_\_ Catégorie : \_\_\_\_\_ ID du participant au régime : \_\_\_\_\_

Date d'entrée en vigueur du régime d'assurance collective (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_ Date d'embauche (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Emploi : \_\_\_\_\_

## 2. Renseignements sur le participant au régime

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_ Sexe :  Homme  Femme

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

### 3. Choix d'assurance facultative

**Veillez remplir les renseignements suivants dans cette section :**

1. Indiquez les montants d'assurance précédemment approuvés dans la section « Montant actuel de la couverture facultative », car cela vous aidera à déterminer le montant total de votre couverture d'assurance facultative.
2. Indiquez le montant de l'assurance que vous demandez, qu'il s'agisse d'une nouvelle couverture d'assurance ou d'un ajout à une assurance facultative existante, dans le champ « Montant supplémentaire d'assurance facultative demandé »
3. Confirmez que le montant total de l'assurance facultative ne dépasse pas le plafond indiqué dans le livret du participant.
4. Vérifiez que le montant de l'assurance demandée correspond aux unités de couverture indiquées dans votre livret du participant.

<b>Assurance vie facultative</b>	<b>Montant actuel de la couverture facultative</b>	<b>Montant supplémentaire d'assurance facultative demandé</b>	<b>Total de l'assurance facultative</b>
Participant au régime			
Conjoint/Partenaire			
Enfant à charge			

<b>Assurance décès et mutilation accidentels facultative</b>	<b>Montant actuel de la couverture facultative</b>	<b>Montant supplémentaire d'assurance facultative demandé</b>	<b>Total de l'assurance facultative</b>
Participant au régime			
Conjoint/Partenaire			
Enfant à charge			

<b>Assurance maladie grave facultative</b>	<b>Montant actuel de la couverture facultative</b>	<b>Montant supplémentaire d'assurance facultative demandé</b>	<b>Total de l'assurance facultative</b>
Participant au régime			
Conjoint/Partenaire			
Enfant à charge			

### 4. Déclaration sur le tabagisme

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait usage de produits du tabac ou de nicotine, y compris les cigarettes, les cigarillos, les colts, les cigares, la pipe, le tabac à mâcher, le tabac à priser, les cigarettes électroniques, la gomme, les timbres ou les vaporisateurs de nicotine, ou toute forme de substitut de la nicotine?

**Participant au régime :**  Oui  Non

Signature du participant au régime : \_\_\_\_\_ Date de la signature (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

**Conjoint (le cas échéant) :**  Oui  Non

Nom de famille du conjoint : \_\_\_\_\_ Prénom du conjoint : \_\_\_\_\_

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_ Signature du conjoint : \_\_\_\_\_

---

## 5. Preuve d'assurabilité

En ce qui concerne l'assurance vie facultative et/ou l'assurance maladie grave facultative, vous et/ou vos personnes à charge devez remplir un formulaire de **Preuve d'assurabilité** si : (A) le montant total de l'assurance facultative que vous et/ou votre/vos personne(s) à charge demandez (y compris l'assurance facultative actuelle demandée précédemment) dépasse le montant maximum sans preuve spécifiée dans votre livret du participant au régime; ou (B) si vous et/ou votre/vos personne(s) à charge demandez une assurance vie facultative et/ou maladie grave au-delà de 60 jours après être devenu admissible à l'assurance facultative. Au besoin, veuillez remplir et soumettre votre/vos **formulaire(s) de preuve d'assurabilité** dûment rempli(s) avec cette **Demande de couverture d'assurance facultative** à [grpspecialists@wawanesa.com](mailto:grpspecialists@wawanesa.com) ou l'envoyer par la poste à l'adresse indiquée à la page 1 de ce formulaire.

Tous les formulaires et les ressources pour l'assurance collective sont accessibles sur notre site Web : [https://www.wawanesalife.com/group-insurance/forms-and-resources/?language\\_id=102](https://www.wawanesalife.com/group-insurance/forms-and-resources/?language_id=102)

---

## 6. Désignation du bénéficiaire pour l'assurance facultative (le participant se réserve le droit de changer de bénéficiaire).

Le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) pour toutes les couvertures d'assurance facultative admissibles sera(ont) le(s) même(s) que le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) pour la couverture d'assurance vie collective actuelle de la personne concernée dans le cadre de ce régime. Si vous souhaitez modifier la désignation de votre bénéficiaire, veuillez remplir un **Formulaire du bénéficiaire** et l'envoyer à l'adresse : P.O. Box 1640, Windsor (Ontario) N9A 0C8.

Tous les formulaires et les ressources pour l'assurance collective sont accessibles sur notre site Web : [https://www.wawanesalife.com/group-insurance/forms-and-resources/?language\\_id=102](https://www.wawanesalife.com/group-insurance/forms-and-resources/?language_id=102)

---

## 7. Consentement, divulgation, autorisation et reconnaissance

### Consentement et divulgation de renseignements personnels

Je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels par La Compagnie d'assurance vie Wawanesa (« 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 règlement; 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 employés et agents de Wawanesa Vie qui ont besoin de ces renseignements pour effectuer leur travail, les enquêteurs de sinistres, les organismes d'enquête, les organismes de réglementation, les fournisseurs de services de traitement et de stockage des renseignements, les services de distribution, les compagnies d'assurance et de réassurance applicables, les fournisseurs de soins de santé applicables, 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, organisations et fournisseurs de services peuvent se trouver dans d'autres provinces et territoires canadiens ou à l'extérieur du Canada, et je comprends que mes renseignements peuvent être transmis comme l'exigent les lois de ces provinces, territoires ou pays.

Si vous avez des questions concernant la collecte, l'utilisation, la divulgation ou le stockage de renseignements personnels ou des préoccupations concernant nos politiques ou procédures en matière de protection de la vie privée, consultez la politique de protection de la vie privée qui se trouve ici <https://www.wawanesalife.com/pip/privacy.html> ou communiquez avec le Responsable de la protection des renseignements personnels, [privacy@wawanesa.com](mailto:privacy@wawanesa.com), 1 844 241-0226 ou par la poste : La Compagnie d'assurance vie Wawanesa, 236 Carlton St, Winnipeg (Manitoba) R3C 1P5.

### Autorisation et reconnaissance

- Je souhaite par la présente faire une demande d'adhésion au régime d'assurance collective établi par Wawanesa Vie auquel je suis admissible, ou auquel je pourrais devenir admissible.
- Je reconnais et j'accepte que je ne pourrai 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 confirme que les renseignements fournis dans ce formulaire sont complets et exacts.
- Je, le participant au régime, autorise le prélèvement sur mon salaire de toutes les cotisations requises au titre du régime d'assurance collective.
- De plus, j'autorise Wawanesa Vie, tout fournisseur de soins de santé, mon administrateur de régime et toute autre compagnie d'assurance et/ou tout fournisseur d'assurance collective qui travaillent avec Wawanesa Vie à utiliser mes renseignements, au besoin, afin de déterminer mon admissibilité à la couverture et administrer le régime d'assurance collective.
- Je comprends que la dissimulation, la déformation ou la fausse déclaration concernant les renseignements contenus dans le présent formulaire peut entraîner l'annulation de la couverture d'assurance.
- Je reconnais avoir lu la section sur le consentement et la divulgation des renseignements personnels, et avoir consenti à l'utilisation de mes renseignements personnels conformément à cette dernière.

Une photocopie ou une version électronique de la présente demande seront aussi valides que l'original.

---

Signature du participant au régime

---

Date de la signature (jj/mm/aaaa)