

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

Wawanesa Vie – Réclamations  
236 rue Carlton, Winnipeg (Manitoba) R3C 1P5  
Demandes de renseignements : veuillez appeler au 1 844 318-0411, option 3  
Courriel : WawanesaLife-Claims@wawanesa.com  
Site Web : wawanesalife.com

### Réclamation – Liste de contrôle

Afin que l'évaluation de vos prestations d'assurance maladie grave collective soit faite le plus rapidement possible, veuillez vérifier les documents suivants et vous assurer qu'ils ont tous été joints à votre demande.

- Formulaire Maladie grave – Déclaration du participant au régime – rempli et signé par vous
- Déclaration du médecin traitant concernant le problème médical couvert par l'assurance maladie grave – produite et signée par votre médecin
- Notes du dossier médical
- Formulaire Autorisations et déclarations – signé par vous
- La section Autorisation de dépôt direct – signée et remplie par vous, accompagnée d'une copie d'un chèque annulé

### Autorisation de dépôt direct

Le dépôt direct est le mode de paiement de Wawanesa Vie. Si vous n'êtes pas encore inscrit au dépôt direct, veuillez remplir cette partie.

Demande initiale       Modification      Régime collectif n° \_\_\_\_\_ ID du participant au régime \_\_\_\_\_

Participant au régime \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_  
Nom de famille      Prénom

Nom de l'institution financière \_\_\_\_\_

Adresse de l'institution financière \_\_\_\_\_

Type de compte bancaire :  Chèque  Épargne

Numéro de la succursale \_\_\_\_\_ Numéro du compte \_\_\_\_\_ Numéro de l'institution \_\_\_\_\_

***Veillez joindre un chèque personnalisé annulé à ce formulaire.***

*Par la présente, j'autorise La Compagnie d'assurance vie Wawanesa (« Wawanesa Vie ») à déposer mes prestations dans le compte de l'institution financière indiqué ci-dessus. Cette autorisation restera en vigueur jusqu'à ce que je fournisse un avis d'annulation écrit à Wawanesa Vie dans un délai et d'une manière qui lui permettront raisonnablement d'y donner suite.*

*Si la Wawanesa Vie dépose dans mon compte, par inadvertance, des sommes ne m'appartenant pas légitimement, j'autorise Wawanesa Vie à débiter mon compte de ce montant.*

\_\_\_\_\_  
Signature

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

\_\_\_\_\_  
Signature du titulaire du compte (s'il y a lieu)

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

**CONSENTEMENT RELATIF AUX RENSEIGNEMENTS PERSONNELS :** Les renseignements recueillis dans le présent formulaire d'assurance sont nécessaires pour procéder à l'évaluation et, si elle est approuvée, au traitement de la demande d'assurance. Ils peuvent être utilisés pour gérer la police d'assurance, examiner les réclamations éventuellement adressées au titre de cette police et offrir des produits et des services. Ces renseignements, ainsi que les renseignements au dossier, peuvent être utilisés par La Compagnie d'assurance vie Wawanesa, ses mandataires, ses sociétés affiliées, ses partenaires, ses filiales, ses réassureurs, ses agences de notation et ses administrateurs autorisés et être échangés entre eux à ces fins, peu importe que la police soit en vigueur ou que la couverture ait pris fin. Sous réserve des exigences légales et contractuelles, le demandeur peut refuser de consentir à la collecte, à l'utilisation ou à la divulgation de ses renseignements personnels à certaines fins en écrivant à [privacy@wawanesa.com](mailto:privacy@wawanesa.com) ou en parlant au responsable de la protection de la vie privée au 1 888 997-9965.

À l'usage exclusif de Wawanesa Vie

Reçu