

EN FOURNISSANT CE FORMULAIRE, LA COMPAGNIE NE RENONCE À AUCUN DROIT ET NE RECONNAÎT PAS LA VALIDITÉ DE TOUTE RÉCLAMATION.

1. Ce formulaire doit être rempli en entier à l'encre.
2. Tous les renseignements doivent être fournis sans frais à la Compagnie.

Nom de l'employé \_\_\_\_\_  
 Prénom Deuxième prénom Nom

Nom de la personne décédée \_\_\_\_\_ de la personne décédée \_\_\_\_\_  
 Prénom Deuxième prénom Nom Date de naissance  
 jj-mm-aaaa

L'employé est-il/était-il employé par vous à temps plein?  Oui  Non

Nombre d'heures travaillées par semaine \_\_\_\_\_ Date d'embauche \_\_\_\_\_  
 jj-mm-aaaa

L'employé est/était :  Propriétaire  Partenaire  Dirigeant  Employé

Emploi de l'employé : \_\_\_\_\_

Salaire annuel de base de l'employé à la date du décès \_\_\_\_\_

L'employé recevait-il une commission?  Oui  Non Montant annuel des commissions : \_\_\_\_\_

**Si oui, veuillez fournir les relevés T4 pour les deux années civiles précédant la date du décès.**

Date de cessation de l'emploi à temps plein \_\_\_\_\_  
 jj-mm-aaaa

Pour la raison suivante :  Congé autorisé  Mise à pied  Invalidité

Veuillez préciser \_\_\_\_\_

<b>Attestation</b> J'atteste que, selon les dossiers de la présente organisation, les renseignements ci-dessus sont exacts.	
Formulaire rempli par :	Titre :
Nom de l'employeur :	
Adresse de l'employeur : (numéro, rue, ville, province, code postal)	
Téléphone : --	Télécopieur : --
Adresse de courriel :	
Signature : <b>X</b>	Date de signature : (jj-mm-aaaa)
<p>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, traiter les réclamations au titre de cette police et offrir d'autres produits et services. Ces renseignements, ainsi que les renseignements au dossier, peuvent être utilisés par La Compagnie d'assurance-vie Wawanesa, ses mandataires, sociétés affiliées, partenaires, filiales, réassureurs, agences de notation et administratrices ou administrateurs autorisés à ces fins et peuvent être échangés entre elles ou eux, 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 <a href="mailto:privacy@wawanesa.com">privacy@wawanesa.com</a> ou en composant le 1 888 997-9965 et en demandant de parler à la personne responsable de la protection de la vie privée.</p>	

**LA COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE WAWANESA**  
 236 rue Carlton, Winnipeg (Manitoba) R3C 1P5  
 Tél. : 1 866 337-0408, option 3 Téléc. : 1 855 496-3028  
 Courriel : WawanesaLife-Claims@wawanesa.com