INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE
LISTE DE CONTRÔLE ET AUTORISATION DE DÉPÔT DIRECT

Veuillez retourner ce formulaire dûment rempli et les documents à l'appui à :

Wawanesa Vie – Service de l'Indemnisation
236 rue Carlton, Winnipeg (Manitoba) R3C 1P5
Si vous avez des questions, veuillez composer le 1 844 318-0411, option 4
F :1-855-496-3028
Courriel : WawanesaLife-claims@wawanesa.com
Site Web : wawanesalife.com

Demande de prestations – Liste de contrôle

Afin que l'évaluation de vos prestations d'assurance invalidité de longue durée 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 Déclaration du promoteur de régime d'invalidité de longue durée – rempli et signé par le promoteur du régime
- ☐ Formulaire Déclaration de la personne participant au régime d'invalidité de longue durée – rempli et signé par vous
- ☐ Formulaire Invalidité de longue durée – Déclaration du médecin traitant – rempli et signé par votre médecin
- ☐ Notes du dossier médical
- ☐ Formulaire d'autorisations et de déclarations – signé par vous. (Joint à la Déclaration de la personne participant au régime)
- ☐ Autorisation de dépôt direct – signée et remplie par vous, accompagnée d'une copie d'un chèque annulé ou un formulaire de dépôt direct de votre banque.

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 no_____ ID de la personne participant au régime_____

Personne participant au régime _____ _____ Numéro de téléphone _____
Nom de famille Prénom

Veuillez joindre un chèque personnalisé annulé ou un formulaire dépôt direct de votre banque avec cette autorisation.

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 donneront la possibilité 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 ou de la 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, 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, la personne présentant la demande 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 ou en parlant à la personne responsable de la protection de la vie privée au 1 888 997-9965.

À l'usage exclusif de Wawanesa Vie Reçu

L'emploi du masculin générique vise uniquement à alléger le texte.

® Wawanesa Vie et le logo d'arbre sont des marques de commerce déposées de La Compagnie mutuelle d'assurance Wawanesa et sont utilisés sous licence par La Compagnie d'assurance-vie Wawanesa.