

**RENSEIGNEMENTS
SUR LE TRAITEMENT**

 Date du premier traitement _____
(jj-mm-aaaa)

 Avez-vous été hospitalisé? Oui Non Si la réponse est « oui », indiquez où _____

 Dates d'admission _____ Date de sortie _____
(jj-mm-aaaa) (jj-mm-aaaa)

 Veuillez indiquer tous les fournisseurs de soins de santé que vous avez consultés depuis deux ans (*p. ex., chiropraticien, médecin*)

Nom	Première consultation	Dernière consultation	Raison

 Depuis que vous êtes absent du travail, quel type de traitement avez-vous reçu? (*P. ex., traitement médical, physiothérapie, consultation.*)

**RENSEIGNEMENT
SUR VOTRE EMPLOI
ACTUEL**

 Dernier jour de travail avant la période d'invalidité _____ Nombres d'heures travaillées _____
(jj-mm-aaaa)

 Date où vous êtes devenu incapable de travailler _____
(jj-mm-aaaa)

 Êtes-vous de retour au travail? Oui Non Si la réponse est « oui », indiquez depuis quand _____
(jj-mm-aaaa)

 Si vous n'êtes pas de retour au travail, à quel moment prévoyez-vous de l'être? _____
(jj-mm-aaaa)

 Avez-vous effectué un autre travail depuis cette date? Oui Non
Si la réponse est « oui », veuillez le décrire.

 Êtes-vous capable de faire un autre travail? Oui Non
Si la réponse est « oui », veuillez le décrire.

Autorisations et déclarations

AUTORISATIONS	<p>Par les présentes, j'autorise tout médecin ou praticien que j'ai consulté et tout hôpital, toute clinique ou tout autre établissement médical ou paramédical où j'ai reçu des soins, ainsi que toute compagnie d'assurance, tout organisme gouvernemental, le régime d'assurance maladie provincial, l'Agence de revenu du Canada, toute institution, tout organisme ou toute personne détenant des dossiers ou des informations à mon sujet ou au sujet de ma santé à en divulguer tous les détails, y compris tous mes antécédents médicaux et mon état de santé actuel, à La Compagnie d'Assurance vie Wawanesa, à ses réassureurs ou à ses entreprises associées aux fins du traitement de ma réclamation d'assurance invalidité.</p> <p>J'autorise également mon assureur, Wawanesa Vie, et ses réassureurs à échanger les renseignements personnels obtenus dans le cadre de ma réclamation au titre de ce régime, avec les réassureurs de l'assureur et tous mes autres assureurs. J'autorise de plus mon assureur à inclure ces renseignements personnels dans tout autre dossier qu'il détient actuellement à mon sujet, ou qu'il pourrait ouvrir plus tard, en vue d'une utilisation conforme à l'objet d'un tel autre dossier.</p> <p>Je comprends que la transmission du présent formulaire à La Compagnie d'Assurance vie Wawanesa ainsi que l'examen de ma réclamation et l'admission de la preuve de sinistre par cette dernière ne sauraient être interprétés comme une reconnaissance de la validité de la réclamation ni comme une renonciation de l'assureur à son droit de se défendre concernant la réclamation dans le cadre du régime.</p>
CONSENTEMENT ET DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	<p>Je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels par Wawanesa Vie aux fins suivantes : établir et maintenir des communications avec moi; évaluer les risques selon le principe de prudence; examiner et payer des réclamations; 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.</p> <p>Je comprends que Wawanesa Vie peut transmettre mes renseignements personnels aux personnes, aux organisations et aux prestataires de services suivants : les employés de Wawanesa Vie qui ont besoin de ces renseignements pour effectuer leur travail; les enquêteurs de sinistres, les organismes d'enquête; les fournisseurs de services de traitement et de stockage des renseignements, les services de programmation, d'impression, de poste et de distribution; les sociétés de réassurance concernées; les personnes à qui j'ai donné accès à ces renseignements et les personnes qui sont autorisées par la loi à accéder à mes renseignements personnels. Ces personnes, ces organisations et ces fournisseurs de services peuvent être établis dans d'autres provinces ou d'autres territoires à l'extérieur du Canada. Mes renseignements peuvent être transmis comme l'exigent les lois de ces territoires. Je comprends que toute restriction limitant mon consentement ou encore le retrait de mon consentement pourrait faire en sorte que Wawanesa Vie ne puisse pas traiter la réclamation présentée.</p> <p>Vous pouvez obtenir de plus amples renseignements sur la politique de protection des renseignements personnels de Wawanesa Vie et ses pratiques concernant les prestataires de services à l'extérieur du Canada sur le site www.wawanesalife.com ou du service d'assistance à la clientèle de Wawanesa Vie, dont l'adresse est le 236 rue Carlton, Winnipeg (Manitoba) R3C 1P5.</p> <p>Si vous avez une question (y compris une question concernant la collecte de renseignements personnels par nous ou la collecte, l'utilisation, la divulgation ou le stockage de renseignements personnels pour notre compte par les prestataires de services à l'extérieur du Canada) ou une plainte concernant nos politiques et nos procédures de protection de la vie privée, veuillez communiquer avec la personne responsable du respect de la protection des renseignements personnels de l'entreprise à l'adresse qui suit : Responsable de la protection des renseignements personnels, La Compagnie d'Assurance vie Wawanesa, 236 rue Carlton, Winnipeg (Manitoba) R3C 1P5.</p>
DÉCLARATION ET SIGNATURE	<p>Par les présentes, je déclare que les réponses qui précèdent sont exactes et complètes; que, à ma connaissance et selon ce que je crois, je n'ai dissimulé aucun fait important à Wawanesa Vie et que les réponses et les déclarations qui précèdent ont été faites aux fins d'obtention des prestations demandées.</p> <p>Je confirme avoir lu, compris et accepté les conditions contenues dans la partie Consentement et divulgation de renseignements personnels.</p> <p>J'autorise tous les médecins et toute autre personne m'ayant prodigué des soins et l'ensemble des hôpitaux, des institutions et des autorités gouvernementales à transmettre à La Compagnie d'Assurance vie Wawanesa tous les renseignements à mon sujet en leur possession ou dont ils ont connaissance aux fins de traitement de ma réclamation d'assurance invalidité.</p> <p>Une photocopie ou une reproduction électronique du présent document sont aussi valides que l'original.</p> <p>N° Wawanesa Vie _____ ID du participant au régime</p> <p>_____ Nom du participant au régime (en caractères d'imprimerie)</p> <p>_____ Date (jj-mm-aaaa)</p> <p>_____ Signature du participant</p>