

Instructions :

Veillez noter que mon nom a
changé de :

Nom de famille _____ Prénom _____ Initiale _____

À :

Nom de famille _____ Prénom _____ Initiale _____

Avec effet à compter du : _____ (Année/Mois/Jour)

Motif du changement de nom : Mariage Divorce Autre

Note : Un changement de nom en raison d'un changement d'état matrimonial peut également nécessiter un changement de protection des personnes à charge. Veuillez consulter les sections 1 et 2.

Section 4 : Refus des garanties soins de santé et/ou soins dentaires

On m'a offert la possibilité d'adhérer au régime d'assurance collective de l'entreprise et on m'a expliqué les avantages offerts par ce régime. Toutefois, je **refuse** les garanties suivantes :

Je refuse la garantie soins de santé complétement pour :

- Moi-même et mes personnes à charge
 Mes personnes à charge SEULEMENT

Je refuse la garantie soins de la vue pour :

- Moi-même et mes personnes à charge
 Mes personnes à charge SEULEMENT

Je refuse la garantie soins dentaires pour :

- Moi-même et mes personnes à charge
 Mes personnes à charge SEULEMENT

Note : La protection ne peut être refusée pour les garanties ci-dessus que si vous et/ou les personnes à votre charge êtes couverts par des garanties collectives semblables par l'intermédiaire de l'employeur de votre conjoint.

Nom de l'assureur du conjoint : _____ N° du régime : _____

Si vous perdez la protection de votre conjoint, vous **devez** présenter une demande de protection aux termes du présent régime dans les 31 jours suivant la perte de cette protection.

Si vous demandez l'assurance après les 31 jours, vous pourriez devoir fournir des preuves d'assurabilité et vos prestations dentaires seront limitées.

Section 5 : Refus de toutes les garanties – Pour les régimes facultatifs seulement

On m'a offert la possibilité d'adhérer au régime d'assurance collective de l'entreprise et on m'a expliqué les avantages offerts par ce régime. Cependant, je **refuse TOUTES LES GARANTIES**.

Veillez dater et signer ci-dessous pour indiquer votre refus de participer au régime d'assurance collective.

Date : _____ Signature : _____

Si vous désirez adhérer au régime à une date ultérieure, vous devrez fournir une preuve d'assurabilité et vos prestations dentaires seront limitées.

Section 6 : Consentement et communication

Consentement et divulgation à l'égard des renseignements personnels

Je consens à ce que Wawanesa Vie recueille, utilise et communique mes renseignements personnels pour : prendre et garder contact avec moi; souscrire les risques avec prudence; enquêter sur les sinistres et payer les indemnités; déceler et prévenir la fraude; proposer ou fournir des produits et des services qui répondent à mes besoins; compiler des statistiques et agir comme l'exige ou l'autorise la loi.

Je comprends que Wawanesa Vie peut communiquer mes renseignements personnels aux personnes, organisations et fournisseurs de services suivants : les employés et agents de Wawanesa Vie qui ont besoin de cette information pour faire leur travail; les enquêteurs d'assurance, les organismes d'enquête; les fournisseurs de services de traitement et de stockage de données et de programmation, d'impression et de distribution postale; les sociétés de réassurance concernées; les personnes à qui j'ai accordé l'accès à mes données; les personnes autorisées par la loi à consulter mes renseignements personnels. Ces personnes, organisations et fournisseurs de services peuvent se trouver dans d'autres provinces ou dans des territoires de compétence à l'extérieur du Canada. Mes renseignements personnels peuvent être partagés conformément aux exigences des lois de ces autres provinces ou territoires de compétence.

Je reconnais que je ne peux 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 comprends que toute restriction ou tout retrait de mon consentement peut avoir pour conséquence que Wawanesa Vie soit dans l'incapacité de traiter la demande de règlement présentée.

Pour plus de renseignements sur la politique de protection des renseignements personnels de Wawanesa Vie et les pratiques des fournisseurs de services à l'extérieur du Canada, il convient de communiquer avec le Bureau de la direction de Wawanesa Vie, au 236 rue Carlton, Winnipeg (Manitoba) R3C 1P5 ou de consulter le site www.wawanesalife.com

Si vous avez des questions (y compris des questions au sujet des renseignements personnels que nous recueillons, ou au sujet des renseignements personnels recueillis, utilisés, communiqués ou stockés pour notre compte par des fournisseurs de services tiers à l'extérieur du Canada) ou voulez formuler une plainte à l'égard de nos politiques et procédures relatives à la protection de la vie privée, veuillez communiquer avec le responsable de la conformité en matière de protection des renseignements personnels : Responsable de la protection de la vie privée, La Compagnie d'assurance-vie Wawanesa, 236 rue Carlton, Winnipeg (Manitoba) R3C 1P5.

Section 7 : Autorisation et déclaration

Autorisation et déclaration

- Je demande par les présentes une couverture pour laquelle je suis ou pourrais devenir admissible aux termes du régime d'assurance collective émis par Wawanesa Vie.
- Je déclare que les renseignements fournis sont exhaustifs et exacts.
- J'autorise les retenues sur ma paie qui sont nécessaires aux fins des cotisations exigées aux termes du régime d'assurance collective, le cas échéant.
- J'autorise Wawanesa Vie, ou tout fournisseur de soins de santé, mon administrateur de régime, d'autres compagnies d'assurance, ou d'autres fournisseurs de prestations collaborant avec Wawanesa Vie à échanger des renseignements, lorsque nécessaire pour déterminer mon admissibilité à la couverture et pour administrer le régime d'assurance collective.
- Je déclare que j'ai lu le consentement et la divulgation à l'égard des renseignements personnels et je consens à ce que mes renseignements personnels soient utilisés de cette manière.

Date : _____ Signature : _____