

**DIRECTIVES**

1. La personne participant au régime doit signer et dater le présent formulaire et le faire parvenir directement à Wawanesa Vie.
2. Si nous avons besoin d'autres renseignements, nous communiquerons avec vous directement.
3. Le membre du personnel fait une proposition à Wawanesa Vie visant le maintien de l'assurance au-delà de la date limite précisée dans la police à l'égard de l'enfant ci-après qui était par ailleurs admissible en tant qu'enfant à charge comme il est défini dans la police. L'enfant désigné est incapable d'occuper un emploi pour subvenir à ses propres besoins en raison d'une invalidité mentale ou physique survenue avant l'âge de 21 ans ou entre les âges de 21 et de 25 ans lorsque l'enfant fréquente à temps plein une école, un collège ou une université reconnu et que le membre du personnel en assure l'entretien.

**RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYEUR ET LE MEMBRE DU PERSONNEL**

1. a) Nom de l'employeur \_\_\_\_\_ b) Numéro de la police collective \_\_\_\_\_
2. Membre du personnel : M.  Mme  c) N° d'identification de la personne présentant la demande : WLI
- \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_ Prénom

**RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE**

1. Nom de l'enfant à charge \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_
2. Est-ce que l'enfant travaille? Oui  Non   
Si « Oui », à temps plein  Nombre d'heures/semaine \_\_\_\_\_  
à temps partiel  Nombre d'heures/semaine \_\_\_\_\_
3. Si votre enfant va avoir 21 ans ou si votre enfant est âgé de plus de 21 ans et n'est pas aux études à temps plein, mais que vous en assurez l'entretien en raison d'une invalidité mentale ou physique, l'enfant peut continuer d'être assuré. Veuillez fournir des précisions sur le problème de santé de votre enfant ci-dessous :

**DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT**

1. Invalidité liée à  un handicap intellectuel  un handicap physique
- Depuis combien de temps est-ce que l'enfant est invalide?  
Nom du médecin traitant  
Adresse du médecin traitant
- J'autorise tout médecin qui a traité l'enfant à charge nommé ci-dessus à divulguer toute information sur l'historique personnel ou le problème de santé physique ou mentale de l'enfant. Je comprends que la protection offerte est assujettie à l'approbation de La Compagnie d'assurance-vie Wawanesa et que le maintien de la protection est conditionnel à la présentation d'une proposition écrite dans les 31 jours suivant la date à laquelle l'enfant atteint l'âge limite précisé dans la police. De plus, je comprends qu'il m'incombe de régler tous les frais chargés par le médecin en vue de remplir sa partie de la présente proposition.

**AVIS SUR LES 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 membres du personnel 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 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](http://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.

Je déclare par les présentes que les renseignements ci-dessus sont exhaustifs et exacts.

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne participant  
au régime

\_\_\_\_\_  
Date

À l'usage du Bureau de la direction de Wawanesa Vie seulement