

Veuillez indiquer :

Nouvelle participation

Remise en vigueur

Service de l'assurance collective

B.P. 1640, Windsor (Ontario) N9A 0C8

1 800 665-7076 wawanesalife.com

## A. RENSEIGNEMENTS FOURNIS PAR LE PROMOTEUR DU RÉGIME

Date d'embauche <small>(JJ/MM/AA)</small>	Nom du promoteur de régime	Nom figurant au compte et n° de compte	Catégorie
Date d'entrée en vigueur de la couverture <small>(JJ/MM/AA)</small>	Emploi de la personne participant au régime	Nombre d'heures travaillées par semaine	Salaires \$ <input type="checkbox"/> Horaires <input type="checkbox"/> Hebdomadaires <input type="checkbox"/> Mensuels <input type="checkbox"/> Annuels

À l'usage du siège social de Wawanesa Vie uniquement

Période d'attente \_\_\_\_\_ Date d'entrée en vigueur : \_\_\_\_\_ R.C. \_\_\_\_\_

## B. RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE PARTICIPANT AU RÉGIME

N° de police \_\_\_\_\_ Promoteur du régime Nom \_\_\_\_\_

Nom de la personne participant au régime \_\_\_\_\_  
Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse postale \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

ID de membre du personnel \_\_\_\_\_  
(attribué à l'embauche) Langue  Anglais  Français Province d'emploi \_\_\_\_\_

Date de naissance (JJ/MM/AA) \_\_\_\_\_ Sexe  Homme  Femme État civil  Marié  Célibataire  Veuf  
 Divorcé  Conjoint de fait\*  Séparé

Déterminez-vous une carte d'assurance-maladie provinciale valide?  Oui  Non \* Date de début de la relation de conjoint de fait : \_\_\_\_\_  
(JJ/MM/AA)

## C. RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE

Indiquez toutes les (Si aucune couverture n'est requise, veuillez remplir la section D, Renonciation à l'assurance-maladie complémentaire et à la protection pour soins dentaires)

**Important :** Toutes les personnes à charge DOIVENT figurer ci-dessous pour être inscrites à l'assurance vie des personnes à charge, le cas échéant.

	Nom de famille	Prénom	Initiales	Sexe	Date de naissance Année Mois Jour
Conjoint					
1 <sup>er</sup> enfant					
2 <sup>e</sup> enfant					
3 <sup>e</sup> enfant					
4 <sup>e</sup> enfant					
5 <sup>e</sup> enfant					

Autre assurance : coordination des prestations  Oui  Non

Si les membres de votre famille sont inscrits à un ou plusieurs autres régimes d'assurance offrant des prestations similaires, vos prestations seront coordonnées avec ces dernières. Vos réclamations seront coordonnées selon les lignes directrices de l'industrie afin que le montant total payé au titre de l'ensemble des régimes n'exécède pas les frais maximaux admissibles. En cas de divorce ou de séparation, le régime du parent ayant la garde des enfants évaluera les réclamations en premier.

Mon conjoint est couvert par les protections suivantes offertes par un autre régime d'assurance collective :

Maladie	Individuelle <input type="checkbox"/>	Familiale <input type="checkbox"/>	Aucun élément non réglé <input type="checkbox"/>
Soins de la vue	Individuelle <input type="checkbox"/>	Familiale <input type="checkbox"/>	Aucun élément non réglé <input type="checkbox"/>
Soins dentaires	Individuelle <input type="checkbox"/>	Familiale <input type="checkbox"/>	Aucun élément non réglé <input type="checkbox"/>

## D. RENONCIATION À L'ASSURANCE-MALADIE COMPLÉMENTAIRE ET À LA PROTECTION POUR SOINS DENTAIRES

J'ai eu la possibilité d'adhérer au régime d'assurance collective, dont les protections m'ont été expliquées. Cependant, je renonce aux protections suivantes :

**Important :** Vous ne pouvez renoncer aux protections ci-dessous que si les personnes à votre charge et vous-même êtes couverts par une assurance collective semblable offerte par l'employeur de votre conjoint.

Je renonce à l'assurance maladie complémentaire pour :	<input type="checkbox"/> Moi-même et les personnes à ma charge <input type="checkbox"/> Les personnes à ma charge SEULEMENT	Je renonce à la protection des soins de la vue pour :	<input type="checkbox"/> Moi-même et les personnes à ma charge <input type="checkbox"/> Les personnes à ma charge SEULEMENT	Je renonce Soins dentaires pour :	<input type="checkbox"/> Moi-même et les personnes à ma charge <input type="checkbox"/> Les personnes à ma charge SEULEMENT
--	--	---	--	-----------------------------------	--

Nom de l'assureur du conjoint \_\_\_\_\_ Numéro de régime \_\_\_\_\_

Si vous cessez d'être couvert par le régime de votre conjoint, vous devez faire une demande d'adhésion au présent régime dans les 31 jours suivant la perte de la couverture. Si vous faites une demande d'adhésion après le délai de 31 jours, vous pourriez devoir présenter une preuve d'assurabilité, et vos protections dentaires seront limitées.

N° de police _____	Personne participant au régime Nom _____	Nom de famille _____	Prénom _____
--------------------	--	----------------------	--------------

**G. DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRES (la personne participant au régime se réserve le droit de changer de**

Nom de la ou des personnes désignées comme bénéficiaire				
Nom de famille	Prénom	Initiales	Quote-part (%)	Lien entre la personne désignée comme bénéficiaire et la personne présentant la demande
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
<b>Total</b>			<b>100 %</b>	_____

Veillez prendre note que la désignation d'une personne comme bénéficiaire compte parmi les décisions les plus importantes que vous prendrez relativement au présent régime d'assurance collective. La désignation que vous effectuez devrait clairement refléter votre intention quant à l'identité de la personne qui recevra les sommes assurées advenant votre décès.

Vous pouvez désigner une personne comme **bénéficiaire subsidiaire** en joignant à la présente une feuille distincte qui contient vos instructions et votre signature.

Lorsqu'une quote-part a été attribuée à chaque bénéficiaire, seules ces sommes peuvent être versées à chaque bénéficiaire. Si l'une des personnes désignées comme bénéficiaires décède avant vous, sa part sera payable à votre succession.

Si votre bénéficiaire est une personne mineure, les sommes assurées ne peuvent lui être versées directement. Afin d'éviter des difficultés au moment du traitement de la demande de règlement, vous devriez nommer un fiduciaire pour une personne mineure désignée comme bénéficiaire. **Veillez remplir la section de désignation d'un fiduciaire (le cas échéant).**

**REMARQUE IMPORTANTE : Cette section doit être remplie SEULEMENT si l'une des personnes désignées comme bénéficiaires est d'âge mineur.**

**Fiduciaire désigné :** Par la présente, je nomme \_\_\_\_\_

Nom

Lien

en qualité de fiduciaire pour recevoir tous les paiements pour le compte des personnes désignées ci-dessus comme bénéficiaires tant qu'elles seront mineures.

**F. CONSENTEMENT, DIVULGATION, AUTORISATION ET RECONNAISSANCE**

Consentement et divulgation de renseignements personnels

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 demandes de règlement; 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.

Je comprends que Wawanesa Vie peut transmettre mes renseignements personnels aux personnes, organisations et prestataires de services suivants : les employés et agents de Wawanesa Vie qui ont besoin de ces renseignements pour effectuer leur travail, les enquêteurs de sinistres, les organismes d'enquête, les organismes de réglementation, 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 voir mes renseignements personnels. Ces personnes, ces organisations et ces prestataires de services peuvent être situés 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 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 limitant mon consentement ou encore le retrait de mon consentement pourrait faire en sorte que Wawanesa Vie ne puisse pas traiter ma demande de règlement.

*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 en vous rendant sur le site [www.wawanesalife.com](http://www.wawanesalife.com) ou en communiquant avec le siège social de Wawanesa Vie, situé au 236 rue Carlton, Winnipeg (Manitoba) R3C 1P5.*

*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 désirez porter 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.*

Autorisation et reconnaissance

- Je souhaite par la présente faire une demande d'adhésion au régime d'assurance collective établi par Wawanesa Vie auquel je suis admissible, ou auquel je pourrais devenir admissible.
- Je reconnais que les renseignements fournis sont complets et exacts.
- J'autorise la déduction sur ma paie de toute cotisation requise dans le cadre du régime d'assurance collective, le cas échéant.
- De plus, j'autorise Wawanesa Vie, tout prestataire de soins de santé, la personne responsable de l'administration de mon régime et toute autre compagnie d'assurance ou tout fournisseur d'assurance collective qui travaille avec Wawanesa Vie à utiliser mes renseignements, au besoin, afin de déterminer mon admissibilité à la couverture et administrer le régime d'assurance collective.
- Je reconnais avoir lu la section sur le consentement et la divulgation des renseignements personnels, et avoir consenti à l'utilisation de mes renseignements personnels conformément à cette dernière.

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

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