

RENSEIGNEMENTS SUR LE PROMOTEUR DU RÉGIME/LE PARTICIPANT AU RÉGIME

Nom du promoteur du régime	Numéro de la police
_____	_____
Nom du participant au régime	M. <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/>
_____	_____
Nom	Prénom
Numéro d'identification du participant au régime	
WLI	

PRÉCISIONS

1. Avez-vous consommé des produits du tabac ou contenant de la nicotine, notamment cigarettes, cigarillos, colts, cigares, pipe, tabac à chiquer, tabac à priser, gomme ou timbres à la nicotine ou toute forme de substitut de nicotine :

a) Au cours des 12 derniers mois? OUI NON Si OUI, veuillez fournir les renseignements suivants :

Type	Quantité

b) Au cours des 2 dernières années? OUI NON Si OUI, veuillez fournir les renseignements suivants :

Type	Quantité

c) Au cours des 5 dernières années? OUI NON Si OUI, veuillez fournir les renseignements suivants :

Type	Quantité

2. Avez-vous déjà fumé la cigarette? OUI NON Si OUI, veuillez répondre aux questions suivantes :

Quand avez-vous commencé à fumer? _____ Quand avez-vous cessé de fumer pour la dernière fois? _____

Avant de cesser de fumer, combien fumiez-vous de cigarettes en moyenne par jour? _____

3. Un médecin vous a-t-il déjà conseillé de cesser de fumer? OUI NON Si OUI, veuillez fournir des précisions :

CONSENTEMENT ET DIVULGATION À L'ÉGARD DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Je consens à ce que Wawanesa Vie recueille, utilise et communique mes renseignements personnels aux fins suivantes : 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, organismes et fournisseurs de services suivants : les employés et les mandataires 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; et 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 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

SIGNATURES

Je suis conscient du fait que La Compagnie d'assurance-vie Wawanesa se fie aux renseignements que je fournis dans la présente déclaration pour déterminer si je suis « non-fumeur » et auquel cas réduire la prime de ma (mes) police(s) d'assurance vie. Je suis en outre conscient du fait qu'en cas de déclaration inexacte, intentionnelle ou non, quant à mon statut de « non-fumeur », La Compagnie d'assurance vie Wawanesa sera en droit de révoquer ma (mes) police(s) d'assurance vie.

_____	_____
Date	Signature de l'assuré

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