



Protection de vos renseignements personnels

À la Canada Vie, nous sommes soucieux de protéger vos renseignements personnels et de respecter votre vie privée. Les renseignements personnels sont des informations qui, seules ou combinées à d'autres, permettent d'identifier une personne. Ils comprennent notamment votre nom et adresse, ainsi que d'autres informations plus sensibles, comme des renseignements médicaux et financiers. Sont compris, le cas échéant, des renseignements sur d'autres personnes, comme votre époux, votre conjoint de fait et vos enfants.

Comment nous utilisons vos renseignements personnels

Vos renseignements personnels sont utilisés pour vous offrir des produits et services et afin d'améliorer nos activités d'exploitation. Ils sont notamment utilisés pour vérifier votre identité, tenir votre profil à jour et pour vous renseigner sur les caractéristiques des produits que vous avez auprès de nous. De plus, l'utilisation de vos renseignements personnels nous permet de vous offrir des conseils, d'évaluer votre admissibilité à certains produits, de tarifer nos produits, d'obtenir de la rétroaction sur notre service à la clientèle et de traiter les demandes de règlement ainsi que d'autres transactions financières. Cette utilisation nous permet aussi de vous protéger, tout comme nous, contre des risques, comme la cybercriminalité et la fraude, et de respecter nos obligations légales. Si vous avez fourni votre numéro d'assurance sociale (NAS), nous l'utiliserons à des fins de déclaration fiscale. Votre NAS sert également à lier vos produits et à séparer vos renseignements de ceux d'autres clients ayant des noms semblables.

Avec qui communiquons-nous les renseignements personnels

Nous transmettons vos renseignements personnels à d'autres personnes et organisations qui nous aident à administrer vos produits et à vous offrir des services. Cela comprend notamment votre conseiller et les personnes qui travaillent avec lui, nos filiales canadiennes, d'autres organisations qui nous offrent des services, comme des fournisseurs d'examen paramédicaux, des laboratoires médicaux, MIB, LLC., des fournisseurs de protections spécialisées, des médecins examinateurs indépendants et des gestionnaires de demandes de règlement électroniques pour médicaments. Nous pouvons aussi divulguer vos renseignements à des vérificateurs de demandes de règlement, à des fournisseurs d'assistance aux voyageurs, à des fournisseurs de services technologiques, à d'autres compagnies d'assurance et de réassurance, à d'autres institutions financières et à des agences d'évaluation du crédit. Dans le cadre de nos activités quotidiennes, vos renseignements personnels peuvent être communiqués à des ministères et organismes gouvernementaux. Ils peuvent également être communiqués à l'extérieur du Canada ou de votre province de résidence. Nous prenons au sérieux la protection de vos renseignements personnels et nous ne les vendrons jamais à qui que ce soit.

Vous êtes en contrôle de vos renseignements personnels

Nous respectons vos préférences en matière de protection des renseignements personnels et nous nous y conformons lorsque nous les utilisons. Tout au long de votre relation avec nous, vous pouvez choisir la façon dont vos renseignements personnels sont utilisés en mettant à jour vos préférences dans votre [compte en ligne](#) ou en présentant une demande par l'entremise de notre [centre de protection des renseignements personnels](#) à l'adresse canadavie.com/confidentialite. Vous pouvez notamment déterminer si vous souhaitez recevoir des sondages sur l'expérience client et si votre NAS peut être utilisé à d'autres fins que la déclaration fiscale. Vous pouvez aussi préciser si et comment vous voulez recevoir des informations et des offres de la Canada Vie, en fonction des renseignements personnels que nous recueillons auprès de vous tout au long de votre relation avec nous. Vous pouvez également exercer d'autres droits en matière de protection des renseignements personnels, tel qu'accéder ou corriger vos renseignements personnels, en présentant une demande à cet effet par l'entremise de notre centre de protection des renseignements personnels.

Si vous décidez de retirer votre consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels dont nous avons besoin pour vous fournir des services et nous acquitter de nos obligations légales, nous pourrions ne plus être en mesure de continuer à vous fournir des produits et services.

Vous voulez en savoir plus? Veuillez consulter le site canadavie.com/confidentialite.

Veillez écrire en caractères d'imprimerie à l'encre. Les formulaires incomplets seront retournés.

Déclaration du demandeur	Numéro du régime	Numéro d'identification du participant de régime
--------------------------	------------------	--

Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal)

Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Genre <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non Spécifié <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre	Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional)
--------------------------------	--	--

Veillez nous indiquer comment vous désirez recevoir ces sommes :

- Chèque
- Transfert électronique de fonds (TEF) à un compte bancaire canadien – veuillez joindre un chèque annulé ou un formulaire bancaire électronique

Renseignements sur la demande de règlement et renseignements connexes

1. Veillez décrire la nature et l'étendue de la maladie grave dont vous êtes atteint :

À quelle date votre état de santé a-t-il fait l'objet d'un diagnostic ou la chirurgie a-t-elle été pratiquée?

Date (jj-mm-aaaa) _____

2. À quelle date les premiers symptômes sont-ils apparus? Date (jj-mm-aaaa) _____

Veillez décrire ces symptômes :

3. À quelle date avez-vous consulté un médecin pour la première fois à l'égard de l'affection dont vous souffrez?

Date (jj-mm-aaaa) _____

Veillez donner les nom et adresse du médecin consulté :

Nom

Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional)

Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal)

4. Avez-vous subi des examens ou des investigations relativement au diagnostic? Dans l'affirmative, veuillez fournir des renseignements en incluant des dates :

5. Avez-vous souffert antérieurement d'un état de santé semblable ou connexe, ou avez-vous reçu un traitement à cet égard?

Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez donner des renseignements en incluant des dates :

Consultations médicales

1. Veuillez fournir les nom et adresse de votre médecin personnel :

Nom

Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional)

Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal)

2. Veuillez fournir des renseignements sur tout médecin que vous avez consulté relativement à votre maladie :

Nom	Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal)	Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional)	Dates de consultation (jj-mm-aaaa)

3. Si vous avez été traité dans un hôpital ou dans un établissement semblable, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom de l'hôpital	Ville	Date d'admission (jj-mm-aaaa)	Date de sortie (jj-mm-aaaa)

4. Quel autre traitement avez-vous reçu et recevez-vous actuellement pour votre problème de santé? (Par ex. : médicaments, thérapie, etc.)

Type de traitement	Établissement	Médecin prescripteur	Dates (jj-mm-aaaa)

Renseignements généraux

1. Est-ce que l'un de vos parents consanguins a souffert d'un état de santé semblable ou connexe?

Oui Non Dans l'affirmative, veuillez indiquer :

Lien de parenté	Nature de la maladie	Âge au premier diagnostic de la maladie

2. Détenez-vous une assurance relativement à cet état de santé auprès d'une autre compagnie?

Oui Non Dans l'affirmative, veuillez indiquer :

Nom de l'assureur	Type de garantie	Montant de la garantie	Demande de règlement soumise?
		\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

3. Fumez-vous ou faites-vous usage de produits du tabac?

Oui Dans l'affirmative, indiquez la quantité quotidienne : _____ Depuis quand faites-vous usage de tabac? _____

Non Dans la négative, avez-vous déjà fait usage de produits du tabac antérieurement? Oui Non

À quelle date avez-vous cessé de fumer? (jj-mm-aaaa) _____

4. Veuillez fournir tout renseignement qui peut appuyer votre demande de règlement.

Avis concernant le MIB, LLC

Avis important

Vos renseignements personnels seront traités confidentiellement. Cependant, la Canada Vie ou l'un de ses réassureurs peuvent adresser un bref rapport à ce sujet au MIB, LLC, organisme sans but lucratif coordonnant l'échange de renseignements entre les compagnies d'assurance vie qui en sont membres. Lorsque vous présentez une demande d'assurance vie ou d'assurance maladie à une autre compagnie membre du MIB ou que vous présentez une demande de règlement à une telle compagnie, le MIB transmet à cette dernière, sur demande, les renseignements contenus dans votre dossier.

La Canada Vie ou l'un de ses réassureurs peuvent également transmettre des renseignements de votre dossier à toute autre compagnie d'assurance vie à qui vous avez soumis une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladie, ou une demande de règlement. Cependant, la compagnie ne révélera ni à une autre compagnie ni au MIB la décision prise quant à votre demande actuelle.

Si vous souhaitez consulter les renseignements à votre dossier ou demander à ce qu'ils soient rectifiés, veuillez communiquer avec le MIB :

MIB, LLC 50 Braintree Hill Park, Suite 400, Braintree, MA 02184-8734, Téléphone : 781 751-6000

Autorisations et Déclarations :

J'autorise :

- la Canada Vie, tout fournisseur de soins de santé, le gestionnaire de mon régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes gouvernementaux ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout fournisseur de soins travaillant avec la Canada Vie à échanger les renseignements personnels, au besoin, aux fins de l'évaluation de ma demande de règlement et de l'administration du régime collectif;
- la Canada Vie à divulguer des renseignements à propos de ma demande de règlement à un vérificateur autorisé par mon employeur, le répondant du régime ou leur agent et la Canada Vie, en tout temps, afin d'assurer la vérification de l'évaluation des demandes de règlement;
- la Canada Vie à utiliser mon numéro d'assurance sociale aux fins de déclaration fiscale.

Sauf à des fins de vérifications, la présente autorisation demeurera valide tant que ma demande de règlement n'aura pas pris fin ou jusqu'à ce que je la révoque.

Je confirme qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente autorisation est aussi valable que l'original.

Je déclare que les renseignements contenus dans le présent formulaire de demande de règlement et dans toute déclaration faite lors de toute rencontre personnelle ou par téléphone en ce qui concerne cette demande de règlement sont véridiques et complets.

Je comprends que mes renseignements personnels seront recueillis, utilisés et divulgués comme il est indiqué ci-dessus.

Nom en caractères d'imprimerie : _____ Signature : _____

Date : _____ Numéro de téléphone : _____

Veillez retourner le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
Unité de l'assurance contre les maladies graves
330 avenue University
Toronto ON M5G 1R8

OU

Numéro sans frais : 1 866 907-2395
Numéro de télécopieur : 416 552-6557
Par courriel : groupClclaims@canadalife.com

Communication par courriel – note importante :

Internet n'est pas un moyen de communication sûr. Nous encourageons toute personne préoccupée par la possibilité qu'un tiers non autorisé intercepte son message à communiquer avec nous en se servant d'autres moyens.