



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.

Directives

- Gestionnaire de régime : Veuillez remplir et signer la partie 1.
- Participant de régime/demandeur : Veuillez remplir la partie 2 ainsi que le formulaire Autorisations et déclarations à la page 3.
- Veuillez joindre les rapports d'accidents (p. ex. rapport de police, rapport émis par l'employeur, etc.).
- Veuillez joindre le Certificat du médecin traitant – Mutilation ou autre sinistre – M4442(f).

Veuillez retourner les formulaires dûment remplis ainsi que les documents justificatifs à l'adresse suivante :

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
Indemnités Vie, Client collectif
60 rue Osborne Nord
Winnipeg MB R3C 1V3

Par courriel : grouplifebenefits@canadavie.com
ou Par télécopieur : 204 946-8783

Désignation de bénéficiaire et/ou formulaire d'adhésion :

ci-joints détenus par la Canada Vie Système d'adhésion en libre-service à l'intention des participants (ALSP)

Partie 1 Déclaration du répondant ou du gestionnaire de régime				
Nom du régime collectif			Numéro de police	
Prénom du participant de régime		Nom de famille du participant de régime		Numéro de téléphone
Adresse postale				
Ville		Province		Code postal
Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Date du sinistre (jj-mm-aaaa)	Date d'embauche (jj-mm-aaaa)	Dernier jour de travail (jj-mm-aaaa)	
Raison du départ			Montant total de la protection MMA	
Salaire en date du dernier jour travaillé <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Aux deux semaines <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Horaire <input type="checkbox"/> Autre _____			Rempli par (en caractères d'imprimerie)	
Titre		Courriel		Numéro de téléphone
Signature			Date (jj-mm-aaaa)	

Partie 2 Déclaration du participant de régime/demandeur			
Donnez une brève description des circonstances entourant l'accident :			
Date de l'accident (jj-mm-aaaa)	Est-ce que l'accident est arrivé au travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Avez-vous été admis dans un hôpital? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de l'admission (jj-mm-aaaa)
Nom de l'hôpital		Date du congé (jj-mm-aaaa)	<input type="checkbox"/> Encore hospitalisé
Nom du médecin traitant		Adresse du médecin traitant	
Ville		Province	
Code postal			
Veuillez nous indiquer comment vous désirez recevoir ces sommes :			
<input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Transfert électronique de fonds (TEF) à un compte bancaire canadien – veuillez joindre un chèque annulé ou un formulaire bancaire électronique <input type="checkbox"/> J'aimerais rencontrer un conseiller financier afin de discuter des options de règlement qui me sont offertes.			
Le meilleur moment pour me joindre est _____			
Adresse courriel (fournissez votre adresse courriel si vous souhaitez que la Canada Vie communique avec vous par courriel sécurisé)		Adresse courriel (fournissez votre adresse courriel si vous souhaitez que la Canada Vie communique avec vous par courriel sécurisé)	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, veuillez joindre une copie des documents du syndic autorisé en insolvabilité.			

J'ai lu et compris la section intitulée « Information sur la protection des renseignements personnels – Vie, Client collectif » du présent formulaire, et j'en accepte le contenu.

J'autorise la Canada Vie, tout prestataire de soins de santé, le gestionnaire du régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, de même que toute organisation ou tout prestataire de services travaillant avec la Canada Vie ou avec le gestionnaire du régime du défunt, au Canada ou hors du Canada, à échanger les renseignements personnels nécessaires, au besoin, afin d'enquêter et d'évaluer ma demande de règlement, de gérer le régime collectif et de vérifier l'évaluation de la demande de règlement. J'autorise l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale pour la déclaration de revenus. Je consens également à ce que la Canada Vie et ses sociétés affiliées utilisent mes renseignements personnels à des fins de gestion et d'analyse des données internes.

Les renseignements que j'ai fournis dans le présent formulaire ont pour objet le versement du capital assuré au titre de l'assurance vie collective (dans mon propre intérêt ou au nom d'un bénéficiaire) et je déclare que je suis en droit de toucher les sommes payables en totalité ou en partie aux termes de la police d'assurance vie collective. J'atteste qu'en me versant le produit de l'assurance, la Canada Vie s'est acquittée de ses obligations à mon égard. En signant ci-dessous, je confirme ce qui suit : j'ai lu, compris et accepte le contenu de ce formulaire et j'autorise la Canada Vie à recueillir, à utiliser et à divulguer des renseignements personnels à mon égard; que toutes les déclarations que j'ai faites en ce qui concerne ma demande de règlement sont véridiques et complètes; que mon autorisation est valide jusqu'à ce que je la révoque par écrit et qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

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

Nom en caractères d'imprimerie	
Signature 	Date (jj-mm-aaaa)