

FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR MUTILATION ACCIDENTELLE OU SINISTRE PARTICULIER D'INDEMNITÉS VIE, CLIENT COLLECTIF

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 2.
- 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

Ou

Par courriel : grouplifebenefits@canadavie.com
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	
Nom du participant de régime (prénom, nom)			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		
Adresse de courriel		Numéro de téléphone		
Signature			Date	

PARTIE 2 : Déclaration du participant de régime/demandeur

Date de l'accident (jj-mm-aaaa)	Est-ce que l'accident est arrivé au travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Donnez une brève description des circonstances entourant l'accident :				
Avez-vous été admis dans un hôpital? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Nom de l'hôpital		
Date de l'admission (jj-mm-aaaa)	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 : _____				
Avez-vous déclaré faillite? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, veuillez joindre une copie des documents du syndic autorisé en insolvabilité.				
Adresse courriel (fournissez votre adresse courriel si vous souhaitez que la Canada Vie communique avec vous par courriel sécurisé)				

AUTORISATIONS ET DÉCLARATIONS

Protection de votre vie privée

Nous accordons une grande importance à la confidentialité des renseignements vous concernant. Nous conservons tous vos renseignements personnels dans un dossier confidentiel dans nos bureaux, ou dans les bureaux d'une organisation qui possède notre autorisation. Les seules personnes ayant accès à vos renseignements personnels sont les suivantes : les employés de la Canada Vie et les personnes autorisées, qui en ont besoin pour effectuer leur travail et pour traiter votre demande de règlement, les personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès, les personnes autorisées par la loi, tant au Canada que dans tout autre territoire où vos renseignements personnels sont conservés. Pour obtenir un exemplaire de nos Normes en matière de protection des renseignements personnels, visitez le site canadavie.com ou écrivez au chef de la conformité de la Canada Vie.

J'ai lu et compris et j'accepte le contenu de la section intitulée « Protection de votre vie privée » du présent formulaire.

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.

Les renseignements que j'ai fournis dans le présent formulaire ont pour objet le versement du capital assuré (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 et compris 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.

Nom en caractères d'imprimerie _____ Signature _____

Date _____ Numéro d'assurance sociale _____