

Indemnités Vie, Collective

Demande de règlement pour mutilation accidentelle ou sinistre particulier

PARTIE 1		DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR OU DU GESTIONNAIRE	
Nom de l'employé : _____		N° de téléphone de l'employé : _____	
Adresse : _____			
Police d'assurance collective n° : _____		Certificat n° : _____	Division n° : _____
Montant total de l'assurance : _____		\$ Date de naissance : _____	
Montant de la prestation en cas de mutilation accidentelle ou de sinistre particulier : _____		\$ Date de la dernière journée de travail avant l'accident : _____	
Salaire à la date de la dernière journée de travail : _____		L'employé est-il retourné au travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si l'accident n'était pas la raison du départ, veuillez préciser : _____ _____ _____			
Date d'entrée en service : _____		Nom du groupe : _____	
EMPLOYEUR OU ASSOCIATION			
Date _____ Année _____		Par _____	
SIGNATURE ET TITRE OFFICIEL			

PARTIE 2		DÉCLARATION DU DEMANDEUR	
Date de l'accident : _____		L'accident s'est-il produit au travail?* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Donnez une brève description des circonstances entourant l'accident : _____ _____ _____ _____			
Nom de l'hôpital si vous avez été hospitalisé : _____			
Dates de la période d'hospitalisation : _____			
Nom du médecin traitant : _____			
Adresse du médecin traitant : _____			
RUE		VILLE	
PROVINCE		CODE POSTAL	
Date du premier traitement : _____			
* Dans l'affirmative, veuillez joindre le rapport d'accident.			

En quelle qualité ou à quel titre demandez-vous le règlement des sommes assurées en vertu de cette assurance? _____	
Êtes-vous âgé(e) de plus de 18 ans? _____ Si ce n'est pas le cas, quelle est votre date de naissance? _____	
Êtes-vous légalement en droit de toucher le montant intégral des sommes assurées en vertu de cette police et d'en donner une quittance valable à la compagnie? _____	
Les sommes assurées sont-elles payables en une somme globale? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si vous répondez non, un agent communiquera avec vous pour discuter de vos options au moment qui vous conviendra.	

VEUILLEZ INSCRIRE TOUT RENSEIGNEMENT SUPPLÉMENTAIRE AU VERSO

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 _____

INSTRUCTIONS

1. JOIGNEZ À CETTE DÉCLARATION LE CERTIFICAT DU MÉDECIN TRAITANT – MUTILATION OU SINISTRE PARTICULIER [FORMULAIRE N° M4442(f)].
2. JOIGNEZ AUSSI LA FICHE D'ADHÉSION DE L'ASSURÉ AINSI QUE TOUTE MODIFICATION, SI VOUS CONSERVEZ CE DOSSIER.
3. JOIGNEZ LE RAPPORT D'ACCIDENT (PAR EX., RAPPORT DE POLICE, OU CELUI ÉMIS PAR L'EMPLOYEUR).

Veillez retourner le formulaire dûment rempli ainsi que les pièces justificatives à :

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

OU

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

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.