

Assurance-maladie individuelle pour Assurance Mort ou mutilation accidentelles et sinistres particuliers

DÉCLARATION DU DEMANDEUR

Nom du propriétaire de police : _____

Adresse : _____

Numéro de police : _____ Numéro d'identification : _____ Numéro de téléphone : _____

Montant total de la protection au titre de l'Assurance MMA et sinistres particuliers : _____ \$ (le montant payable pour les sinistres couverts peut être un pourcentage du montant total couvert. Reportez-vous au Tableau des prestations pour connaître les montants exacts)

Date de naissance : _____ Date du décès (le cas échéant) : _____

Date de l'accident : _____ L'accident s'est-il produit au travail?* Oui Non

Donnez une brève description de 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.

AUTORISATIONS ET DÉCLARATIONS

À la Canada Vie, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la vie privée. Les renseignements personnels recueillis serviront à l'évaluation de la demande de règlement. Pour obtenir un exemplaire de nos Normes en matière de protection des renseignements personnels ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux prestataires de services), écrivez au chef de la conformité de la Canada Vie ou rendez-vous à l'adresse www.canadavie.com.

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.

J'autorise la Canada Vie, tout prestataire de soins de santé, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout prestataire de services travaillant avec la Canada Vie, situés au Canada ou à l'étranger, à échanger les renseignements personnels nécessaires aux fins précitées. J'autorise l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale pour la déclaration de revenus. Il est entendu que les renseignements personnels peuvent être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger. Je certifie qu'à ma connaissance, les renseignements donnés sont véridiques, corrects et complets.

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. J'atteste que, en me versant les sommes prévues, la Canada Vie a satisfait à ses obligations envers moi. En signant ci-dessous, je reconnais : que j'ai lu et compris le présent formulaire, et que je suis d'accord avec son contenu; que toutes les déclarations que j'ai faites en ce qui concerne mes demandes 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(1BP)(f)].

2. 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 :

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
Indemnités Vie, Collectives
CP 6000
Winnipeg MB R3C 3A5