



#### 4. Autorisations et déclarations

La présente section doit être signée et datée, à l'ENCRE, par le participant de régime.

J'ai lu et compris la section intitulée « Confidentialité » du présent formulaire, et j'en accepte le contenu.

J'autorise :

- la Canada Vie, tout prestataires de soins de santé, le gestionnaire de régime, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout prestataires de services travaillant avec la Canada Vie ou avec ceux précités à échanger les renseignements personnels nécessaires, au besoin, afin de déterminer mon admissibilité à la protection et d'administrer le régime.

Je confirme qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente section Autorisations et déclarations est aussi valide que l'original.

J'atteste que les renseignements donnés sont, à ma connaissance, véridiques, corrects et complets.

Signature du participant de régime : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**Veillez envoyer le formulaire dûment rempli et les pièces justificatives à l'adresse suivante :**

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie  
Garanties mobiles  
330 avenue University, Toronto ON M5G 1R8

OU

Courriel : [garantiesmobiles@canadavie.com](mailto:garantiesmobiles@canadavie.com)  
Télécopieur : 416 552-3373

**Comme Internet n'est pas un moyen de communication sûr, nous encourageons toute personne souhaitant éviter les courriels à communiquer avec nous par d'autres moyens.**