

DEMANDE DE PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES AU TITRE DE L'ASSURANCE ACCIDENT LIBERTÉ DE CHOISIR

DIRECTIVES : Veuillez remplir le présent formulaire et y joindre un formulaire Assurance vie Liberté de choisir^{MC} – Déclaration du demandeur (en cas de décès accidentel) ou un formulaire Demande de règlement au titre de l'assurance Mutilation accidentelle ou sinistre particulier Liberté de choisir, dûment remplis.

1) RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR ET LE PARTICIPANT

Nom du demandeur : _____ Lien avec le participant de régime : _____

Adresse : _____

Nom du participant de régime : _____ Numéro d'identification : _____ Plan No. **177914**

Nom du régime : **La Compagnie d'Assurance Canada-Vie du Canada** Somme totale demandée : _____

Si le demandeur est un enfant mineur, veuillez indiquer le nom et l'adresse du parent ou du tuteur légal ainsi que l'adresse actuelle de l'enfant mineur si elle est différente de l'adresse susmentionnée.

Parent ou tuteur : _____

Adresse actuelle de l'enfant : _____

2) RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

TYPES DE PRESTATIONS DEMANDÉS : (Veuillez cocher les cases appropriées.)

ALLOCATION POUR ÉTUDES À L'ÉGARD DES ENFANTS

*Veuillez joindre une photocopie du certificat de naissance de l'enfant et l'original des documents délivrés par le registraire de l'établissement d'enseignement confirmant l'inscription à titre d'étudiant à temps plein.

TRANSPORT D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE

*Veuillez joindre les reçus originaux à l'égard des frais de transport, d'hébergement ou d'appels téléphoniques admissibles. Si un véhicule personnel a été utilisé, fournissez un registre de voyage détaillé faisant état du kilométrage parcouru.

Bénéficiez-vous d'une assurance Assistance médicale globale auprès de la Canada Vie? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer votre numéro d'identification de l'Assistance médicale globale : _____

FORMATION PROFESSIONNELLE DU CONJOINT

*Veuillez fournir un relevé original des frais provenant d'un programme de formation professionnelle reconnu.

ALLOCATION POUR ÉTUDES À L'ÉGARD DU SALARIÉ ET DU CONJOINT

*Veuillez joindre une preuve originale d'inscription et de frais de scolarité provenant d'un établissement d'enseignement postsecondaire.

ALLOCATION POUR FAUTEUIL ROULANT

*Veuillez joindre les factures originales détaillées relatives aux frais de transformation de votre résidence ou de votre véhicule personnel.

PRESTATION DE RAPATRIEMENT

*Veuillez joindre les factures originales indiquant les frais admissibles engagés.

À l'exception des frais de scolarité ou de formation professionnelle du conjoint, tous les frais engagés au titre de toutes les garanties doivent faire l'objet d'une seule demande de règlement. Il ne sera pas possible de présenter d'autres demandes pour des frais subséquents.

DEMANDE DE PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES AU TITRE DE L'ASSURANCE ACCIDENT LIBERTÉ DE CHOISIR

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 _____

DIRECTIVES :

1. Joignez au présent document un formulaire Assurance vie Liberté de choisir – Déclaration du demandeur (en cas de décès accidentel) ou un formulaire Demande de règlement au titre de l'assurance Mutilation accidentelle ou sinistre particulier Liberté de choisir, dûment remplis.
2. Joignez les reçus de tous les frais admissibles.

Veuillez retourner le formulaire dûment rempli ainsi que les documents justificatifs à l'adresse suivante :

Indemnités Vie, Client collectif

OU

Par courriel : grouplifebenefits@canadavie.com

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie

Par télécopieur : 204 946-8783

60 rue Osborne N Winnipeg MB R3C 1V3

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.