

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.

ASSURANCE MUTILATION ACCIDENTELLE OU SINISTRE PARTICULIER MOBILE COLLECTIVE – CERTIFICAT DU MÉDECIN TRAITANT

Nom du patient : _____

Adresse du patient : _____

Numéro de police collective : **177914** Nom du régime collectif : **La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie**

1. (a) Quand l'accident s'est-il produit? Mois _____ Jour _____ Année _____

(b) Donnez une brève description des circonstances entourant l'accident.

2. (a) Date de la première consultation pour la blessure actuelle : Mois _____ Jour _____ Année _____

(b) Date du traitement le plus récent : Mois _____ Jour _____ Année _____

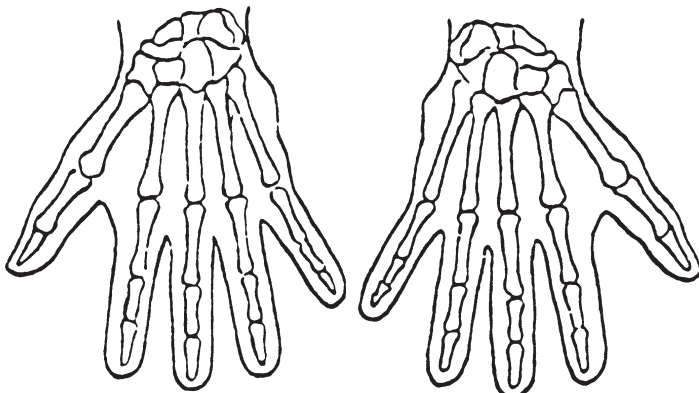
MUTILATION

3. (a) Si l'accident a entraîné la perte d'une main, d'un pied, d'une jambe, d'un bras, de doigts ou d'orteils, veuillez indiquer sur le schéma approprié ci-dessous, à quel niveau l'amputation a été pratiquée.

Main Pied Jambe Arm Bras Orteils

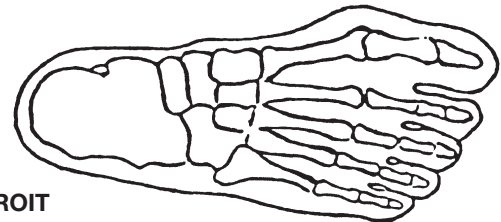
(b) Date de l'amputation : Mois _____ Jour _____ Année _____

(c) Veuillez joindre le rapport chirurgical, le formulaire d'admission à l'hôpital et le résumé de sortie.

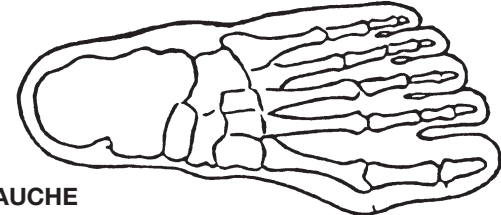


MAIN GAUCHE

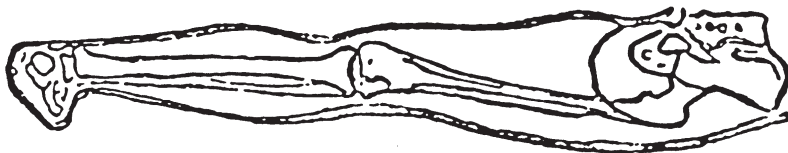
MAIN DROITE



PIED DROIT



PIED GAUCHE



INDIQUEZ SI À DROITE OU À GAUCHE



4. (a) Si l'accident a entraîné la perte totale et irrémédiable de la vue, de l'ouïe ou de la parole, indiquez de quelle perte il s'agit :

Vue Ouïe Parole

(b) Date du sinistre : Mois _____ Jour _____ Année _____

(c) Peut-on espérer que l'état de la partie du corps blessée s'améliore? Oui Non

PERTE DE LA VUE

(a) Indiquez, si possible, l'acuité visuelle de chaque oeil avant l'accident.

(b) Quel est le degré restant d'acuité visuelle corrigée de l'oeil ou des yeux touchés?

(c) Veuillez joindre les résultats obtenus en matière d'acuité visuelle et le rapport de l'ophtalmologiste.

PERTE DE L'OUÏE

(a) Y a-t-il un ou des signes indiquant que l'audition du patient était déficiente avant l'accident?

(b) Quel était le degré d'acuité auditive à la date du sinistre?

(c) Veuillez joindre les résultats du test auditif et le rapport de l'audiologiste.

PERTE DE LA PAROLE

(a) Si possible, précisez si l'assuré s'exprimait intelligiblement avant l'accident.

(b) L'assuré est-il maintenant capable de s'exprimer intelligiblement?

(c) Veuillez joindre l'évaluation réalisée par l'orthophoniste.

PERTE DE L'USAGE

5. (a) Si l'accident a entraîné la perte de l'usage d'une jambe, d'un bras ou d'une main, précisez quelle est la partie du corps en cause,

Jambe Bras Main

(b) Le membre blessé présente-t-il un signe quelconque de problème fonctionnel antérieur à l'accident? Oui Non

(c) Veuillez indiquer toutes les fonctions que le membre blessé est en mesure d'assurer.

(d) Peut-on espérer que l'état du membre affecté s'améliore? Oui Non

(e) Veuillez joindre les documents suivants : le formulaire d'admission à l'hôpital et le résumé de sortie de l'hôpital; le rapport chirurgical (le cas échéant); les résultats des tests d'amplitude articulaire; les rapports, rapports de consultation et rapports de suivi des physiothérapeutes/ergothérapeutes; les examens neurologiques (paraplégie/tétraplégie).

6. (a) La perte subie est-elle attribuable uniquement à la blessure décrite? Oui Non

(b) Dans la négative, précisez tout facteur ayant pu contribuer à la ou aux pertes.

Nom (en caractères d'imprimerie) : _____ Spécialité : _____ Numéro de téléphone : _____

Date : _____ Signature : _____ M.D.

Adresse : _____

Rue

Ville

Province

Code Postal