Protection de vos renseignements personnels

À la Canada Vie, nous sommes soucieux de protéger vos renseignements personnels et de respecter votre vie privée. Les renseignements personnels sont des informations qui, seules ou combinées à d'autres, permettent d'identifier une personne. Ils comprennent notamment votre nom et adresse, ainsi que d'autres informations plus sensibles, comme des renseignements médicaux et financiers. Sont compris, le cas échéant, des renseignements sur d'autres personnes, comme votre époux, votre conjoint de fait et vos enfants.

Comment nous utilisons vos renseignements personnels

Vos renseignements personnels sont utilisés pour vous offrir des produits et services et afin d'améliorer nos activités d'exploitation. Ils sont notamment utilisés pour vérifier votre identité, tenir votre profil à jour et pour vous renseigner sur les caractéristiques des produits que vous avez auprès de nous. De plus, l'utilisation de vos renseignements personnels nous permet de vous offrir des conseils, d'évaluer votre admissibilité à certains produits, de tarifer nos produits, d'obtenir de la rétroaction sur notre service à la clientèle et de traiter les demandes de règlement ainsi que d'autres transactions financières. Cette utilisation nous permet aussi de vous protégez, tout comme nous, contre des risques, comme la cybercriminalité et la fraude, et de respecter nos obligations légales. Si vous avez fourni votre numéro d'assurance sociale (NAS), nous l'utiliserons à des fins de déclaration fiscale. Votre NAS sert également à lier vos produits et à séparer vos renseignements de ceux d'autres clients ayant des noms semblables.

Avec qui communiquons-nous les renseignements personnels

Nous transmettons vos renseignements personnels à d'autres personnes et organisations qui nous aident à administrer vos produits et à vous offrir des services. Cela comprend notamment votre conseiller et les personnes qui travaillent avec lui, nos filiales canadiennes, d'autres organisations qui nous offrent des services, comme des fournisseurs d'examens paramédicaux, des laboratoires médicaux, MIB, LLC., des fournisseurs de protections spécialisées, des médecins examinateurs indépendants et des gestionnaires de demandes de règlement électroniques pour médicaments. Nous pouvons aussi divulguer vos renseignements à des vérificateurs de demandes de règlement, à des fournisseurs d'assistance aux voyageurs, à des fournisseurs de services technologiques, à d'autres compagnies d'assurance et de réassurance, à d'autres institutions financières et à des agences d'évaluation du crédit. Dans le cadre de nos activités quotidiennes, vos renseignements personnels peuvent être communiqués à des ministères et organismes gouvernementaux. Ils peuvent également être communiqués à l'extérieur du Canada ou de votre province de résidence. Nous prenons au sérieux la protection de vos renseignements personnels et nous ne les vendrons jamais à qui que ce soit.

Vous êtes en contrôle de vos renseignements personnels

Nous respectons vos préférences en matière de protection des renseignements personnels et nous nous y conformons lorsque nous les utilisons. Tout au long de votre relation avec nous, vous pouvez choisir la façon dont vos renseignements personnels sont utilisés en mettant à jour vos préférences dans votre compte en ligne ou en présentant une demande par l'entremise de notre centre de protection des renseignements personnels à l'adresse canadavie.com/confidentialite. Vous pouvez notamment déterminer si vous souhaitez recevoir des sondages sur l'expérience client et si votre NAS peut être utilisé à d'autres fins que la déclaration fiscale. Vous pouvez aussi préciser si et comment vous voulez recevoir des informations et des offres de la Canada Vie, en fonction des renseignements personnels que nous recueillons auprès de vous tout au long de votre relation avec nous. Vous pouvez également exercer d'autres droits en matière de protection des renseignements personnels, tel qu'accéder ou corriger vos renseignements personnels, en présentant une demande à cet effet par l'entremise de notre centre de protection des renseignements personnels.

Si vous décidez de retirer votre consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels dont nous avons besoin pour vous fournir des services et nous acquitter de nos obligations légales, nous pourrions ne plus être en mesure de continuer à vous fournir des produits et services.

Vous voulez en savoir plus? Veuillez consulter le site canadavie.com/confidentialite.

© La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Tous droits réservés. Canada Vie et le symbole social et Liberté de choisir sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada Vie est strictement interdite.

Demande de règlement pour mutilation accidentelle ou sinistre particulier – Liberté de choisir[MC]

Partie 1 Déclaration

Nom du demandeur : _____ ☐ Participant ☐ Conjoint ☐ Enfant

Numéro de police collective : 177914 Numéro de certificat : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone du demandeur : _____ Date de naissance (jj-mm-aaaa) : _____

Montant total de l'assurance : _____ $

Montant de la prestation pour Mutilation accidentelle ou sinistre particulier : _____ $

En quelle qualité ou à quel titre demandez-vous le règlement du produit de cette assurance? _____

Êtes-vous âgée de plus de 18 ans? ☐ Oui ☐ Non Dans la négative, quelle est votre date de naissance? _____

Êtes-vous légalement en droit de toucher le montant intégral des sommes assurées titre de cette police et d'en donner une quittance valide à la compagnie? _____

Veuillez nous indiquer comment vous désirez recevoir ces sommes :

- ☐ Chèque
- ☐ Transfert électronique de fonds (TEF) à un compte bancaire canadien – veuillez joindre un chèque annulé ou un formulaire bancaire électronique
- ☐ J'aimerais rencontrer un conseiller financier afin de discuter des options de règlement qui me sont offertes.
  Le meilleur moment pour me joindre est _____

VEUILLEZ INSCRIRE TOUT RENSEIGNEMENT SUPPLÉMENTAIRE AU VERSO

Partie 2 Déclaration du demandeur

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

© La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Tous droits réservés. Canada Vie et le symbole social et Liberté de choisir sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada Vie est strictement interdite.

Autorisations et déclarations

J'ai lu et compris et j'accepte le contenu de la section intitulée « Information sur la protection des renseignements personnels » 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 au titre de l'assurance accident Liberté de choisir^MC (dans mon propre intérêt ou au nom d'un bénéficiaire) et je déclare par les présentes que je suis en droit de toucher les sommes payables en totalité ou en partie aux termes de la police d'assurance accident Liberté de choisir^MC. 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, compris et accepte 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).**

Veuillez 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 : assurance.liberte@canadavie.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.

© La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Tous droits réservés. Canada Vie et le symbole social et Liberté de choisir sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada Vie est strictement interdite.

Certificat du médecin traitant en cas de mutilation accidentelle ou de sinistre particulier – Liberté de choisir[MC]

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 _____

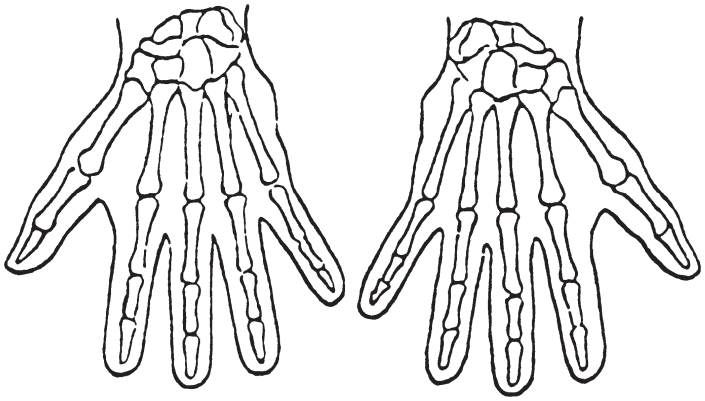
MUTILATION

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 schémaapproprié ci-dessous, à quel niveau l'amputation a été pratiquée.

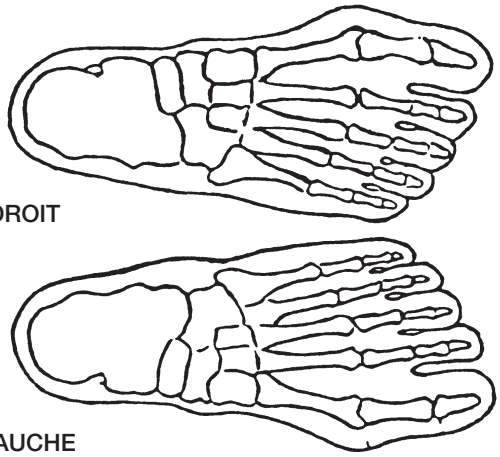
   ☐ Main ☐ Pied ☐ Jambe ☐ Bras ☐ Doigts ☐ Orteils

   (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

© La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Tous droits réservés. Canada Vie et le symbole social et Liberté de choisir sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada Vie est strictement interdite.

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

Effacer

© La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Tous droits réservés. Canada Vie et le symbole social et Liberté de choisir sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada Vie est strictement interdite.