



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 protéger, 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'examen 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.

DEMANDE DE VERSEMENT ANTICIPÉ AU TITRE DE L'ASSURANCE VIE LIBERTÉ DE CHOISIR

Instructions :

- ▶ Veuillez remplir ce formulaire si vous ou votre conjoint êtes atteints d'une maladie en phase terminale et souhaitez recevoir le versement anticipé d'une partie de la prestation prévue au titre de l'assurance Liberté de choisir^{MC} pour vous ou votre conjoint.
- ▶ Veuillez fournir tous les renseignements demandés pour éviter tout retard dans le traitement du présent formulaire. Assurez-vous d'indiquer si une information ne s'applique pas, n'est pas disponible ou n'est pas connue.
- ▶ Annexez une feuille séparée au présent formulaire si vous avez besoin de plus d'espace pour répondre aux questions.

Partie 1 RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE ATTEINTE D'UNE MALADIE EN PHASE TERMINALE

Personne atteinte d'une maladie en phase terminale : <input type="checkbox"/> Nom du participant : _____ <input type="checkbox"/> Nom du conjoint : _____	Date de naissance (JJ-MM-AAAA)
Numéro de la police collective 177914	Numéro de certificat
Adresse postale complète - Rue Ville Province Code postal	Numéro de téléphone
Adresse de courrier électronique	

Partie 2 DEMANDE DE VERSEMENT ANTICIPÉ

<input type="checkbox"/> Montant de la prestation anticipée demandée au titre de l'assurance vie mobile collective du participant (montant correspondant au moindre d'entre au plus 50 % des sommes dues et 50 000 \$)	_____ % _____ \$
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------

OU

<input type="checkbox"/> Montant de la prestation anticipée demandée au titre de l'assurance vie mobile collective du conjoint (montant correspondant au moindre d'entre au plus 50 % des sommes dues et 50 000 \$)	_____ % _____ \$
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------

Partie 3 RENSEIGNEMENTS SUR LE OU LES BÉNÉFICIAIRES

Nom du bénéficiaire : _____

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

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie Indemnités Vie, Client collectif 5W 60 rue Osborne Nord Winnipeg MB R3C 1V3	OU	Courriel : grouplifebenefits@canadavie.com 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.

DEMANDE DE VERSEMENT ANTICIPÉ AU TITRE DE L'ASSURANCE VIE LIBERTÉ DE CHOISIR DU PARTICIPANT ET QUITTANCE

Veillez lire, remplir et signer ce qui suit.

À NOTER : Vous pouvez demander un versement anticipé pouvant atteindre jusqu'à 50 % de la totalité de votre prestation d'assurance vie Liberté de choisir ou 50 000 \$, selon le montant le moins élevé.

Pour être en droit de recevoir un versement anticipé, vous devez être atteint d'une maladie en phase terminale et avoir une espérance de vie de 24 mois ou moins.

Je, _____, certifie que je détiens une protection d'assurance vie Liberté de choisir au titre de la police collective n° **177914** (la « police ») établie pour **La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie** (le « titulaire de police ») par La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie; et

ATTENDU QUE je suis actuellement invalide et que j'ai reçu un diagnostic de maladie terminale; et

ATTENDU QUE conformément aux dispositions de la police, une prestation d'assurance vie Liberté de choisir de _____ \$ est payable à mon décès; et

ATTENDU QUE je demande par les présentes un versement anticipé immédiat de la prestation d'assurance vie Liberté de choisir correspondant soit à 50 % de la prestation d'assurance vie Liberté de choisir ou à 50 000 \$, selon le montant le moins élevé, qui serait autrement payable à mon ou mes bénéficiaires ou, en l'absence de bénéficiaires, à ma succession (le « versement anticipé »); et

ATTENDU QUE je comprends que le versement anticipé n'est pas dû aux termes de la police et me serait accordé par la Canada Vie pour des motifs de compassion; et

ATTENDU QUE j'ai consenti que des intérêts annuels correspondant au taux standard d'un an de la Canada Vie plus 2 % seront payables et s'accumuleront à l'égard du versement anticipé, à partir de la date dudit versement anticipé jusqu'à la date de mon décès, et qu'il s'agira d'un intérêt simple plutôt que composé; et

ATTENDU QUE je comprends et conviens que, si un versement anticipé était effectué, la Canada Vie verserait, à mon décès et à condition que ma protection d'assurance vie Liberté de choisir au titre de la police soit en vigueur à la date de celui-ci, à mon ou mes bénéficiaires, ou en l'absence de bénéficiaires, à ma succession, un montant égal à la prestation d'assurance vie Liberté de choisir payable au titre de la police à mon décès, moins le versement anticipé et les intérêts courus; et

ATTENDU QUE je comprends et conviens que, si ma protection d'assurance vie Liberté de choisir au titre de la police prenait fin avant la date de mon décès et après avoir reçu le versement anticipé, la Canada Vie pourrait exiger que je rembourse le versement anticipé ainsi que les intérêts courus jusqu'à la date du remboursement; et

ATTENDU QUE je comprends et j'accepte que je serai entièrement responsable de payer l'impôt pouvant découler du versement anticipé ; et

POUR CES MOTIFS, en considération du fait que la Canada Vie consent à m'accorder un versement anticipé et moyennant et d'autres contreparties à titre onéreux et valable, dont la réception et le caractère suffisant sont par la présente reconnus, je, _____, décharge et libère définitivement La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie et le titulaire de police de toute réclamation, demande, dette, action ou cause d'action que moi-même, mes héritiers, mes administrateurs, mes exécuteurs ou liquidateurs, mes ayants droit ou mes bénéficiaires avons, avons eu ou pourrions avoir relativement au versement anticipé, et à l'intérêt couru à l'égard du versement anticipé, lequel serait autrement payable à mon décès aux termes de la police.

Le préambule de la présente demande et quittance en fait partie intégrante comme s'il y était reproduit au long.

Je, _____ déclare, garantis et certifie que je signe la présente demande et quittance en pleine connaissance de mes droits relativement à la police et aux termes de celle-ci.

EN FOI DE QUOI je, _____, signe les présentes, _____, 20 _____

FAIT ET SIGNÉ EN PRÉSENCE DE :

NOM DU TÉMOIN (en caractères d'imprimerie)

NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE (en caractères d'imprimerie)

SIGNATURE DU TÉMOIN

SIGNATURE DE LA PERSONNE ASSURÉE

DEMANDE DE VERSEMENT ANTICIPÉ AU TITRE DE L'ASSURANCE VIE LIBERTÉ DE CHOISIR DU CONJOINT ET QUITTANCE

Veillez lire, remplir et signer ce qui suit.

À NOTER : Vous pouvez demander un versement anticipé pouvant atteindre jusqu'à 50 % de la totalité de la prestation d'assurance vie Liberté de choisir de votre conjoint ou 50 000 \$, selon le montant le moins élevé.

Pour être en droit de recevoir un versement anticipé, votre conjoint doit être atteint d'une maladie en phase terminale et avoir une espérance de vie de 24 mois ou moins.

Je, _____, certifie que je détiens une protection d'assurance vie Liberté de choisir au titre de la police collective n° **177914** (la « police ») établie pour **La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie** (le « titulaire de police ») par La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie; et

ATTENDU QUE mon conjoint est actuellement invalide et qu'il a reçu un diagnostic de maladie terminale; et

ATTENDU QUE conformément aux dispositions de la police, une prestation d'assurance vie Liberté de choisir de _____ \$ est payable au décès de mon conjoint; et

ATTENDU QUE je demande par les présentes un versement anticipé immédiat de la prestation d'assurance vie Liberté de choisir de mon conjoint correspondant soit à 50 % de la prestation d'assurance vie Liberté de choisir de mon conjoint ou à 50 000 \$, selon le montant le moins élevé; et

ATTENDU QUE je comprends que le versement anticipé n'est pas dû aux termes de la police et me serait accordé par la Canada Vie pour des motifs de compassion; et

ATTENDU QUE j'ai consenti que des intérêts annuels correspondant au taux standard d'un an de la Canada Vie plus 2 % seront payables et s'accumuleront à l'égard du versement anticipé, à partir de la date dudit versement anticipé jusqu'à la date du décès de mon conjoint, et qu'il s'agira d'un intérêt simple plutôt que composé; et

ATTENDU QUE je comprends et conviens que, si un versement anticipé était effectué, la Canada Vie verserait, au décès de mon conjoint et à condition que ma protection d'assurance vie Liberté de choisir au titre de la police soit en vigueur à la date du décès de mon conjoint, un montant égal à la prestation d'assurance vie Liberté de choisir payable au titre de la police au décès de mon conjoint, moins le versement anticipé et les intérêts courus; et

ATTENDU QUE je comprends et conviens que, si ma protection d'assurance vie Liberté de choisir au titre de la police prenait fin avant la date du décès de mon conjoint et après avoir reçu le versement anticipé, la Canada Vie pourrait exiger que je rembourse le versement anticipé ainsi que les intérêts courus jusqu'à la date du remboursement; et

ATTENDU QUE je comprends et j'accepte que je serai entièrement responsable de payer l'impôt pouvant découler du versement anticipé ; et

POUR CES MOTIFS, en considération du fait que la Canada Vie consent à m'accorder un versement anticipé et moyennant et d'autres contreparties à titre onéreux et valable, dont la réception et le caractère suffisant sont par la présente reconnus, je, _____, décharge et libère définitivement La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie et le titulaire de police de toute réclamation, demande, dette, action ou cause d'action que moi-même, mes héritiers, mes administrateurs, mes exécuteurs ou liquidateurs, mes ayants droit ou mes bénéficiaires avons, avons eu ou pourrions avoir relativement au versement anticipé, et à l'intérêt couru à l'égard du versement anticipé, lequel serait autrement payable à mon décès aux termes de la police.

Le préambule de la présente demande et quittance en fait partie intégrante comme s'il y était reproduit au long.

Je, _____ déclare, garantis et certifie que je signe la présente demande et quittance en pleine connaissance de mes droits relativement à la police et aux termes de celle-ci.

EN FOI DE QUOI je, _____, signe les présentes, _____, 20 _____

FAIT ET SIGNÉ EN PRÉSENCE DE :

NOM DU TÉMOIN (en caractères d'imprimerie)

NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE (en caractères d'imprimerie)

SIGNATURE DU TÉMOIN

SIGNATURE DE LA PERSONNE ASSURÉE

DÉCLARATION DU PARTICIPANT DE RÉGIME

À remplir par le participant de régime

Pour être en droit de recevoir un versement anticipé au titre de votre assurance vie Liberté de choisir ou de celle de votre conjoint, vous ou votre conjoint devez être atteint d'une maladie en phase terminale et avoir une espérance de vie de 24 mois ou moins. Une fois que vous aurez signé la déclaration ci-dessous, votre médecin ou celui de votre conjoint devra remplir la **Déclaration du médecin traitant** qui se trouve à la page suivante.

J'autorise expressément tout médecin, chirurgien ou toute autre personne que j'ai consulté et tout hôpital ou tout autre établissement où j'ai reçu des soins à divulguer à La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie ou à son représentant dûment autorisé les renseignements requis aux fins de l'évaluation de ma demande de versement anticipé présentée au titre de mon assurance vie Liberté de choisir. Une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Date _____ Signature _____

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

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
Indemnités Vie, Client collectif 5W
60 rue Osborne Nord
Winnipeg MB R3C 1V3

Courriel : grouplifebenefits@canadavie.com
OU 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.

