

QUESTIONNAIRE SUR LES ACCIDENTS D'AUTOMOBILES DANS LE CADRE DE LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

Prénom du demandeur _____ Nom de famille : _____

Numéro d'identification unique du client : _____

1. Date de l'accident (JJ-MM-AAAA) :	2. Heure de l'accident (en format 24 heures) :	
3. Lieu de l'accident :		
4. Combien de véhicules étaient impliqués, y compris le véhicule dans lequel vous preniez place? :		
5. Est-ce que vous conduisiez le véhicule? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
6. Est-ce que vous conduisiez avec les facultés affaiblies par l'alcool ou des drogues au moment de l'accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
7. Indiquez le coût total des dommages à votre véhicule, ainsi que l'année et le modèle de celui-ci :		
8. Indiquez le coût total des dommages à l'autre véhicule, s'il y a lieu, ainsi que l'année et le modèle de celui-ci :		
9. Veuillez décrire les circonstances de l'accident.		
10. Veuillez fournir les renseignements pertinents sur vos assureurs (y compris ceux qui offrent votre assurance automobile, votre assurance maladie collective et votre assurance vie collective) :		
Nom de l'assureur	Numéro de police	Nom et numéro de téléphone de la
11. Des accusations ont-elles été portées? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Dans l'affirmative, quelle partie a été accusée?		
Quelles accusations ont été portées?		
Une copie du rapport de police est-elle disponible? Dans l'affirmative, veuillez nous en fournir une. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Veuillez fournir tout renseignement supplémentaire que vous jugez utile pour notre évaluation de votre dossier.		

En signant ci-dessous, vous reconnaissez et comprenez que les réponses fournies dans le présent questionnaire sont exactes et complètes. Vous autorisez l'assureur à obtenir, à fournir et à échanger des renseignements personnels qui pourraient être requis pour l'évaluation de votre demande de règlement. Vous comprenez que toute réticence (omission volontaire), toute déclaration inexacte ou toute fausse déclaration ayant trait au présent questionnaire peut compromettre votre demande de règlement.

Signature: _____ Date: _____

(JJ-MM-AAAA)

PROTECTION DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

À La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie, nous reconnaissons et respectons l'importance de la protection de la vie privée.

Vos renseignements personnels

- Lorsque vous présentez une demande d'assurance, nous constituons un dossier confidentiel contenant vos renseignements personnels, comme votre nom, vos coordonnées, ainsi que les produits et la protection que vous détenez auprès de nous. Selon les produits ou les services que vous demandez et obtenez, votre demande pourrait également comprendre des renseignements de nature médicale ou financière.
- Vos renseignements sont conservés dans les bureaux de la Canada Vie ou ceux d'une organisation autorisée par cette dernière.
- Vous détenez certains droits d'accès et de rectification à l'égard des renseignements personnels consignés à votre dossier, et pouvez les exercer en présentant une demande écrite à la Canada Vie.

Qui a accès à vos renseignements?

- Nous limitons l'accès aux renseignements personnels de votre dossier aux membres du personnel de la Canada Vie ou aux personnes autorisées par cette dernière qui en ont besoin pour s'acquitter de leurs tâches ainsi qu'aux personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès.
- Pour nous aider à accomplir les tâches précisées ci-dessous, il se peut que nous fassions appel à des prestataires de services situés au Canada ou à l'étranger.
- Vos renseignements personnels pourraient également être divulgués à des autorités publiques ou à d'autres personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger.

Vos renseignements sont utilisés aux fins suivantes

- Nous recueillons vos renseignements personnels pour déterminer votre admissibilité aux produits, aux services ou à la protection demandés, pour fournir et administrer les produits ou la protection détenus auprès de nous et en assurer le service, et pour permettre à la Canada Vie et à ses sociétés affiliées de gérer les données internes et d'en effectuer l'analyse.
- Ils peuvent aussi servir à enquêter sur les demandes de règlement et à les évaluer, à verser des prestations, ainsi qu'à établir et à tenir à jour les dossiers concernant notre relation.

Le consentement donné dans le présent formulaire demeurera en vigueur jusqu'à ce que nous recevions un avis indiquant que vous avez retiré ce consentement, sous réserve des restrictions juridiques et contractuelles pouvant s'appliquer. Par exemple, si vous retirez votre consentement, il se peut que nous ne puissions pas continuer à évaluer ou à administrer une demande de prestations.

Je peux révoquer mon consentement en tout temps moyennant l'envoi d'une directive écrite à cet égard. Je conviens qu'une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Pour en savoir davantage

Pour obtenir un exemplaire de nos Normes en matière de protection des renseignements personnels ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux prestataires de service), écrivez au chef de la conformité de la Canada Vie ou consultez www.canadavie.com.

Signature du demandeur : _____ Date : _____

(JJ-MM-AAAA)

Veillez envoyer le formulaire dûment rempli à :

DEMANDES DE RÈGLEMENT, ASSURANCE CRÉANCES
LA COMPAGNIE D'ASSURANCE DU CANADA SUR LA VIE
330 AVENUE UNIVERSITY, TORONTO ON CANADA M5G 1R8
TÉLÉCOPIEUR : 416 552-6557

Adresses courriel : Provinces de l'ouest et Territoires : vancouver_creditor@canadalife.com
Ontario : tor_creditor_claims@canadalife.com
Québec : creances.mpntreal@canadalife.com
Provinces de l'atlantique : halifaxcreditor@canadalife.com