

Formulaire de demande pour une personne à charge invalide ayant dépassé l'âge limite



Veillez retourner ce formulaire complété à l'adresse ci-dessous. Vous pouvez également envoyer votre candidature par courrier électronique à MRT@wawanesa.com pour une réponse plus rapide.

La Compagnie d'assurance vie Wawanesa

Service des avantages sociaux

236 rue Carlton, Winnipeg (Manitoba) R3C 1P5

MRT@wawanesa.com

Admissibilité des enfants à charge

La personne participant au régime demande à Wawanesa Vie de maintenir l'assurance au-delà de l'âge limite précisé dans la police pour l'enfant à charge identifié ci-dessous qui répond par ailleurs à la définition de personne à charge de la police. L'enfant à charge désigné est devenu incapable d'occuper un emploi pour subvenir à ses propres besoins en raison d'une incapacité mentale ou physique survenue avant l'âge de 21 ans, ou entre l'âge de 21 et 25 ans alors que l'enfant fréquentait à temps plein une école, un collège ou une université reconnus, et la personne participant au régime en assure l'entretien.

Je comprends que l'assurance est assujettie à l'approbation de La Compagnie d'assurance vie Wawanesa et que le maintien de l'assurance est conditionnel à la présentation d'une demande écrite à cet effet dans les 31 jours suivant la date à laquelle l'enfant atteint l'âge limite précisé dans la police.

Je comprends également que je suis responsable de tous les frais exigés par le médecin pour remplir sa partie du présent formulaire.

Renseignements sur la personne participant au régime

Nom du promoteur du régime : _____ Numéro du régime d'assurance collective : _____

Prénom du participant : _____ Nom de famille du participant : _____

Numéro de certificat (carte d'identité de l'assurance) : WLI : _____ Date de naissance (jj-mm-aaaa) : _____

Date d'effet de l'assurance de Wawanesa Vie (jj-mm-aaaa) : _____

Adresse du participant : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Numéro de téléphone du participant : _____ Courriel du participant : _____

Renseignements sur les enfants à charge

Prénom de l'enfant à charge : _____ Nom de famille de l'enfant à charge : _____

Date de naissance de l'enfant à charge (jj-mm-aaaa) : _____

Adresse de l'enfant à charge. Est-ce la même que celle du participant? : Oui Non

Adresse de l'enfant à charge (le cas échéant) : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Est-ce que votre enfant à charge a déjà occupé un emploi? Oui Non Si oui, indiquez les dates les plus récentes : _____

Nombre d'heures travaillées par semaine : _____

Avis et consentement en matière de protection des renseignements personnels

Je reconnais que je ne peux inscrire, à ce moment-ci ou à tout moment ultérieur, que les personnes à charge qui m'ont autorisé à fournir leurs renseignements et qui consentent à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de ces renseignements aux fins indiquées ci-dessus.

J'autorise le médecin ci-dessous qui a traité l'enfant à charge désigné ci-dessus à divulguer tout renseignement sur les antécédents personnels et la déficience physique ou mentale de l'enfant à la Compagnie d'assurance vie Wawanesa.

Je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels de mon enfant à charge par la Compagnie d'assurance vie Wawanesa aux fins suivantes : établir et maintenir des communications; évaluer les risques selon le principe de prudence; examiner et payer des réclamations; détecter et prévenir la fraude; offrir et fournir des produits et des services; compiler des statistiques et agir conformément à ce qu'exige et autorise la loi.

Je comprends que la Compagnie d'assurance vie Wawanesa peut transmettre les renseignements personnels aux personnes, organisations et prestataires de services suivants : les employés et agents de la Compagnie d'assurance vie Wawanesa qui ont besoin de ces renseignements pour effectuer leur travail; des enquêteurs de sinistres, des organismes d'enquête; des fournisseurs de services de traitement et de stockage des renseignements, des services de programmation, d'impression, de poste et de distribution; les sociétés de réassurance concernées; les personnes à qui j'ai donné accès à ces renseignements et les personnes qui sont autorisées par la loi à voir les renseignements personnels. Ces personnes, ces organisations et ces fournisseurs de services peuvent être situés dans d'autres provinces ou d'autres territoires à l'extérieur du Canada. Les renseignements personnels peuvent être transmis comme l'exigent les lois de ces territoires.

Je comprends que toute restriction limitant mon consentement ou encore le retrait de mon consentement pourrait faire en sorte que la Compagnie d'assurance vie Wawanesa ne puisse pas traiter la réclamation présentée.

Si vous avez une question (y compris une question concernant la collecte de renseignements personnels par nous ou la collecte, l'utilisation, la divulgation ou le stockage de renseignements personnels pour notre compte par les fournisseurs de services à l'extérieur du Canada) ou une plainte concernant nos politiques et procédures en matière de protection des renseignements personnels, ou si vous voulez obtenir de plus amples renseignements, veuillez prendre connaissance de la politique de confidentialité à www.wawanesalife.com ou communiquer avec la personne responsable du respect de la protection des renseignements personnels à privacy@wawanesa.com.

Je reconnais par les présentes que ce qui précède est exact et complet.

Signature de la personne participant au régime : _____ Date de la signature (jj-mm-aaaa) : _____

Déclaration du médecin traitant (à être remplie par le médecin)

1. Quel est le diagnostic médical de l'enfant à charge qui est à l'origine de la déficience fonctionnelle? _____

2. Quand le diagnostic a-t-il été posé (jj-mm-aaaa)? _____

3. Est-il permanent ou temporaire? Permanent Temporaire

4. Veuillez décrire la nature et le degré de la déficience fonctionnelle mentale ou physique :

5. Dans quelle mesure la déficience mentale ou physique empêche-t-elle l'enfant à charge d'accomplir ses activités quotidiennes normales?

Nom du médecin : _____ Signature du médecin : _____

Adresse du médecin : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Date de la signature (jj-mm-aaaa) : _____ Sceau du médecin :