

Indemnités Vie, Collective

Demande de règlement pour mutilation accidentelle ou sinistre particulier

PARTIE 1		DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR OU DU GESTIONNAIRE	
Nom de l'employé : _____		N° de téléphone de l'employé : _____	
Adresse : _____			
Police d'assurance collective n° : _____		Certificat n° : _____	Division n° : _____
Montant total de l'assurance : _____		\$ Date de naissance : _____	
Montant de la prestation en cas de mutilation accidentelle ou de sinistre particulier : _____		\$ Date de la dernière journée de travail avant l'accident : _____	
Salaire à la date de la dernière journée de travail : _____		L'employé est-il retourné au travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si l'accident n'était pas la raison du départ, veuillez préciser : _____			

Date d'entrée en service : _____		Nom du groupe : _____	
EMPLOYEUR OU ASSOCIATION			
Date _____ Année _____		Par _____	
SIGNATURE ET TITRE OFFICIEL			

PARTIE 2		DÉCLARATION DU DEMANDEUR	
Date de l'accident : _____		L'accident s'est-il produit au travail?* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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.			

En quelle qualité ou à quel titre demandez-vous le règlement des sommes assurées en vertu de cette assurance?	

Êtes-vous âgé(e) de plus de 18 ans? _____ Si ce n'est pas le cas, quelle est votre date de naissance? _____	
Êtes-vous légalement en droit de toucher le montant intégral des sommes assurées en vertu de cette police et d'en donner une quittance valable à la compagnie? _____	
Les sommes assurées sont-elles payables en une somme globale? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si vous répondez non, un agent communiquera avec vous pour discuter de vos options au moment qui vous conviendra.	

VEUILLEZ INSCRIRE TOUT RENSEIGNEMENT SUPPLÉMENTAIRE AU VERSO

AUTORISATIONS ET DÉCLARATIONS

Protection de vos renseignements personnels

À **La Great-West, compagnie d'assurance-vie (la Great-West)**, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la protection de la vie privée. Lorsque vous présentez une demande d'assurance, nous constituons un dossier confidentiel contenant vos renseignements personnels qui est conservé dans les bureaux de la Great-West ou dans 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 Great-West. La Great-West peut avoir recours à des fournisseurs de services situés au Canada ou à l'étranger. Nous limitons l'accès aux renseignements personnels de votre dossier aux membres du personnel de la Great-West ou aux personnes autorisées par cette dernière qui en ont besoin pour s'acquitter de leurs tâches, aux personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès et aux personnes autorisées en vertu de la loi. Vos renseignements personnels pourraient être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger. Les renseignements personnels que nous recueillons sont utilisés pour déterminer votre admissibilité à la protection et pour administrer le régime collectif, y compris aux fins des enquêtes sur les demandes de règlement et de l'évaluation de celles-ci, ainsi que pour la constitution et la tenue de dossiers visant notre relation d'affaires. Pour obtenir un exemplaire de nos Normes de confidentialité ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux fournisseurs de service), écrivez au chef de la conformité de la Great-West ou consultez l'adresse www.lagreatwest.com.

J'ai lu et compris et j'accepte le contenu de la section intitulée « Protection de vos renseignements personnels » du présent formulaire.

J'autorise la Great-West, tout fournisseur de soins de santé, le gestionnaire du régime de l'assuré, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des prestations gouvernementales ou d'autres programmes de rentes, tout organisme d'État ou tout organisme d'application de la loi, toute personne qui possède des renseignements sur la santé de la personne décédée ou sur les circonstances de son décès et les fournisseurs de services travaillant avec la Great-West ou avec toute personne physique ou morale précitée à échanger des renseignements personnels lorsque cela s'avère pertinent et nécessaire pour administrer le régime collectif, y compris aux fins de l'enquête sur la présente demande de règlement et de l'évaluation de celle-ci.

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 du régime collectif. Je certifie que la Great-West, en me versant les sommes dues, s'est acquittée des obligations qui lui incombent aux termes du contrat. Je déclare de plus que les réponses que j'ai apportées sont pour autant que je sache exactes et complètes, et que je n'ai dissimulé aucun fait essentiel à la Great-West.

Je confirme 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 ORIGINALE 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 :

La Great-West, compagnie d'assurance-vie
Indemnités Vie, Collective
CP 6000
Winnipeg MB R3C 3A5