

VOULEZ-VOUS DÉPOSER UNE PLAINTE AU BUREAU DE L'OMBUDSMAN?

| Avez-vous besoin d'aide? | Directives pour remplir le présent formulaire | | | | | | |
|---|---|------------------------------------|----------------------------|---------------------|----------------------------|-------------------|--|
| <p>Si votre plainte n'a pas été traitée à votre entière satisfaction au sein du secteur d'activité de la Great-West concerné, vous pouvez la présenter au bureau de l'ombudsman à des fins d'examen définitif.</p> <p>Veillez noter que vous devez suivre toutes les étapes du processus de traitement des plaintes du secteur d'activité concerné avant de pouvoir présenter votre plainte au bureau de l'ombudsman. Le secteur d'activité concerné vous fournira une lettre exprimant sa décision et comportant des renseignements sur le dépôt d'une plainte au bureau de l'ombudsman.</p> | <p>Vous pouvez remplir le présent formulaire PDF électroniquement sur votre ordinateur en utilisant Adobe Reader. Lorsque vous aurez rempli le formulaire, veuillez l'imprimer, le signer et l'envoyer par la poste, par télécopieur ou par courrier électronique¹.</p> <p>Il existe deux façons d'imprimer ce formulaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vous pouvez imprimer un formulaire vierge en cliquant sur le bouton « Imprimer un formulaire vierge », puis le remplir à la main. - Vous pouvez imprimer un formulaire rempli électroniquement en cliquant sur le bouton « Imprimer le formulaire rempli ». Ce bouton vous indiquera tous les champs qu'il faut obligatoirement remplir avant l'impression. | | | | | | |
| <p>Si vous avez besoin d'aide pour remplir le présent formulaire ou si vous avez des questions :</p> <p>► Communiquez avec le bureau de l'ombudsman en composant le numéro indiqué ci-dessous, ou</p> <p>► Visitez notre site Web : www.lagreatwest.com/plaintes</p> <p>► Pour déposer une plainte : LA GREAT-WEST, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE</p> <table> <tr> <td>Bureau de l'ombudsman, Bureau 1262</td> <td>Téléphone : 1 866 292-7825</td> </tr> <tr> <td>255 avenue Dufferin</td> <td>Télécopieur : 519 435-7679</td> </tr> <tr> <td>London ON N6A 4K1</td> <td>Adresse électronique¹ : ombudsman@gwl.ca</td> </tr> </table> | | Bureau de l'ombudsman, Bureau 1262 | Téléphone : 1 866 292-7825 | 255 avenue Dufferin | Télécopieur : 519 435-7679 | London ON N6A 4K1 | Adresse électronique ¹ : ombudsman@gwl.ca |
| Bureau de l'ombudsman, Bureau 1262 | Téléphone : 1 866 292-7825 | | | | | | |
| 255 avenue Dufferin | Télécopieur : 519 435-7679 | | | | | | |
| London ON N6A 4K1 | Adresse électronique ¹ : ombudsman@gwl.ca | | | | | | |

PARTIE 1 - IDENTIFICATION

| | | | | | |
|---|--|--|----------|---|----------------------|
| Numéro(s) de suivi de la plainte (requis) | | À noter : Nous vous avons fourni un numéro de suivi de la plainte lors de la présentation de votre préoccupation initiale. Vous trouverez ce numéro sur toute réponse que vous avez reçue de la Great-West concernant votre plainte. | | | |
| Moyen de communication à privilégier : | | Numéro de police / régime | | Numéro d'identification (pour les régimes collectifs seulement) | |
| <input type="checkbox"/> Appel téléphonique <input type="checkbox"/> Courriel ¹ <input type="checkbox"/> Lettre | | | | | |
| Type d'assurance / de produit (p. ex. garanties Soins médicaux et Soins dentaires, assurance invalidité, assurance maladies graves, assurance-vie, épargne et placements, revenu de retraite) | | | | | |
| Coordonnées du plaignant : | | | | | |
| <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> D ^r <input type="checkbox"/> M. | | Nom de famille | | Prénom | |
| Êtes-vous le participant de régime ou le propriétaire de la police? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, indiquez le nom du propriétaire dans la section Autres coordonnées utiles. | | | | | |
| Adresse : | | | | | |
| Numéro civique | | Rue | | | Appartement |
| Ville | | | Province | | Code postal |
| Téléphone <input type="checkbox"/> domicile <input type="checkbox"/> cellulaire | | Téléphone (travail) | Poste | Télécopieur | Adresse électronique |
| Autres coordonnées utiles : <input type="checkbox"/> Participant de régime ou propriétaire de la police <input type="checkbox"/> Second plaignant | | | | | |
| <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> D ^r <input type="checkbox"/> M. | | Nom de famille | | Prénom | |
| Adresse de la deuxième personne – Cochez cette boîte s'il s'agit de la même adresse que celle du plaignant : <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Numéro civique | | Rue | | | Appartement |
| Ville | | | Province | | Code postal |
| Téléphone <input type="checkbox"/> domicile <input type="checkbox"/> cellulaire | | Téléphone (travail) | Poste | Télécopieur | Adresse électronique |

PARTIE 2 - DESCRIPTION (Veuillez inclure le plus de renseignements possible. Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez ajouter des pages supplémentaires.)

A

Pourquoi n'êtes-vous pas d'accord avec la décision prise par la Great-West à l'égard de votre préoccupation? Pourquoi n'êtes-vous pas d'accord avec la manière dont elle a été traitée? Pourquoi êtes-vous insatisfait d'un produit ou d'un service, ou d'une réponse que vous avez reçue?

B

Quelle solution suggérez-vous? Selon vous, en quoi cette solution est-elle appropriée?

C

DOCUMENTS À JOINDRE

1. La lettre exprimant la décision du secteur d'activité concerné (elle contient des renseignements sur le dépôt d'une plainte au bureau de l'ombudsman);
2. Tous les documents pertinents concernant votre plainte qui n'ont pas déjà été soumis. Cela pourrait inclure des documents demandés précédemment, de nouveaux renseignements, y compris des relevés, des rapports médicaux, etc.

N'OUBLIEZ PAS DE CONSERVER VOS DOCUMENTS ORIGINAUX.

Lorsque vous aurez envoyé le présent formulaire, votre plainte sera attribuée à un agent de liaison en matière de plaintes, Ombudsman. Ses coordonnées vous seront transmises dans les cinq jours suivant la réception de la plainte. L'examen des plaintes nécessite généralement 30 jours ou moins. Si ce délai ne peut pas être respecté, nous vous en informerons. Pour obtenir plus de renseignements sur le moment où le bureau de l'ombudsman procédera à l'examen d'une plainte, visitez notre site Web à l'adresse www.lagreatwest.com/plaintes.

CONSENTEMENT À LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Afin de procéder à un examen complet de votre plainte, nous pourrions transmettre l'ensemble des renseignements fournis, ou uniquement certains d'entre eux, aux parties qui interviendront dans le cadre du processus d'examen. D'autres parties qui possèdent des renseignements pertinents (y compris, au besoin, toute partie externe à la Great-West) pourraient également nous les fournir aux fins du traitement de votre plainte.

En apposant votre signature ci-dessous, vous consentez à ce que la Great-West recueille les renseignements personnels pertinents pour le traitement de votre plainte et qu'elle divulgue de tels renseignements, y compris les renseignements contenus dans le présent formulaire et toute information supplémentaire que vous fournirez au sujet de votre plainte, à toute partie qui interviendra dans le cadre du processus d'examen. Vous consentez également à ce que certaines parties nous fournissent des renseignements qui pourraient nous aider à évaluer votre plainte. Les renseignements fournis peuvent seulement être utilisés dans le cadre de l'examen de la plainte ou de la réévaluation d'une décision prise par la Great-West (si une telle réévaluation est jugée nécessaire suivant l'examen de la plainte). Vos renseignements personnels pourraient aussi être transmis à nos organismes de réglementation si cela s'avère nécessaire.

¹ Veuillez noter que la transmission de courrier électronique par Internet peut ne pas être sécuritaire. Il est possible que les renseignements envoyés par courrier électronique soient interceptés et lus par des parties autres que les véritables destinataires.

| | |
|---|------|
| Signature de votre | Date |
| Signature du participant de régime / propriétaire de la police ou du second plaignant | Date |