

DÉCLARATION DU DEMANDEUR

Nom du propriétaire de police : _____

Adresse : _____

Numéro de police : _____ Numéro d'identification : _____ Numéro de téléphone : _____

Montant total de la protection au titre de l'Assurance MMA et sinistres particuliers : _____ \$ (le montant payable pour les sinistres couverts peut être un pourcentage du montant total couvert. Reportez-vous au Tableau des prestations pour connaître les montants exacts)

Date de naissance : _____ Date du décès (le cas échéant) : _____

Date de l'accident : _____ L'accident s'est-il produit au travail?* Oui Non

Donnez une brève description de 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.

AUTORISATIONS ET DÉCLARATIONS

Protection de vos renseignements personnels

À La Great-West, compagnie d'assurance-vie, 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 faire appel à un fournisseur de services installé au Canada ou à l'étranger. Nous limitons l'accès aux renseignements personnels consignés à votre dossier aux membres de l'effectif 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 services), écrivez au chef de la conformité de la Great-West ou consultez le site www.lagreatwest.com.

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

J'autorise la Great-West, tout fournisseur de soins de santé, le gestionnaire du régime de la personne décédée, 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 payable au titre de l'Assurance Mort ou mutilation accidentelles et sinistres particuliers (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 de la police. Je certifie que la Great-West, en me versant les sommes dues, se sera acquittée des obligations envers moi 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(1BP)(f)].**
- 2. 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, Collectives
CP 6000
Winnipeg MB R3C 3A5