

DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ POUR L'ASSURANCE COLLECTIVE

Pour éviter tout retard, fournir les renseignements demandés.
Vous devez répondre à toutes les questions, sinon le formulaire vous sera retourné.

Raison de la tarification médicale

(À remplir par le promoteur de régime)

- Adhésion tardive
 Assurance excédentaire
 Augmentation de salaire > 15 %
 Preuve exigée au premier dollar
(max. sans preuve : 0 \$)

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT À remplir par le participant

Groupe _____ Compte _____ Certificat _____ Nom du groupe _____

Participant _____

Prénom

Initiale

Nom de famille

Adresse _____

N° et rue

Ville

Province

Code postal

Téléphone : Domicile _____ Travail _____ Cellulaire _____

Date de naissance _____ H F X Taille _____ pi/po cm Poids _____ lb kg

JJ/MMM/AAAA

Emploi _____ Êtes-vous effectivement au travail? Oui Non Si non, pourquoi? _____

PREUVE D'ASSURABILITÉ

- | | |
|--|--|
| <p>1. L'un des membres de votre famille a-t-il reçu un diagnostic pour l'une de ces affections : sclérose en plaques, diabète, maladie du cœur, hypertension, hypercholestérolémie, cancer, maladie mentale, VIH ou accident vasculaire cérébral (AVC)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> | <p>Si oui, indiquez l'affection, le lien de parenté et l'âge au diagnostic :

 _____</p> |
| <p>2. L'un de vos parents ou frères et sœurs souffre-t-il d'un trouble héréditaire (c.-à-d. chorée de Huntington, maladie polykystique des reins, etc.)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> | <p>Si oui, précisez : _____
 _____</p> |
| <p>3. Avez-vous déjà consulté un médecin ou un praticien de médecine non traditionnelle (dont herboriste, acuponcteur, chiropraticien, homéopathe, naturopathe, etc.) pour l'une des affections suivantes ou avez-vous déjà souffert de l'une de ces affections (précisez laquelle)?</p> <p>a) Trouble touchant les yeux, les oreilles, le nez ou la gorge <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>b) Maux de tête graves, étourdissements, évanouissements, perte de connaissance, épilepsie, convulsions, troubles de la parole, paralysie, accident vasculaire cérébral (AVC), trouble du cerveau ou du système nerveux <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>c) Troubles nerveux, notamment dépression, anxiété ou pensées suicidaires <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>d) Hypertension, palpitations ou douleurs dans la région du cœur ou à la poitrine, gêne respiratoire, troubles cardiaques, angine ou maladie coronarienne, rhumatisme articulaire aigu, souffle cardiaque, crise cardiaque ou autre trouble du cœur ou du système sanguin <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>e) Toux ou enrouement persistant, crachement de sang, asthme, emphysème, pleurésie, bronchite, tuberculose, maladie respiratoire ou autre trouble des poumons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>f) Ulcère d'estomac ou du duodénum, indigestions chroniques, ictère (jaunisse), calculs biliaires, colite, diarrhées sanguinolentes ou chroniques, troubles de l'estomac, de la vésicule biliaire, du foie, des intestins, du pancréas, du rectum ou du système digestif <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>g) Hépatite A, B, C ou de type inconnu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>h) Albumine, sucre, pus ou sang dans l'urine, diabète, pierre au rein ou colique, ou autre trouble des reins ou de la vessie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>i) Arthrite, goutte, rhumatisme, sciatique, malformation ou trouble des articulations ou des membres, trouble des muscles ou de la colonne vertébrale, notamment discopathie dégénérative, douleurs au cou, à la nuque ou au dos, traumatisme de la colonne vertébrale, utilisation d'un appareil orthopédique ou d'un collet cervical, fibromyalgie ou syndrome de fatigue chronique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>j) Leucémie, anémie, hémophilie ou tout autre trouble ou anomalie du sang <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>k) Cancer, tumeur, hypertrophie ganglionnaire (ganglions) ou lésions cutanées, kyste ou excroissance anormale, problème de l'hypophyse, des surrénales ou de toute autre glande, ou infections inexplicables <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>l) Troubles thyroïdiens ou autres troubles endocriniens <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>m) Infection ou maladie transmissible sexuellement ou autre trouble de la prostate ou des organes génitaux <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>n) À part les éléments énoncés précédemment, avez-vous souffert de tout autre problème de santé (affection, maladie ou malaise), subi toute autre blessure, chirurgie ou examen complémentaire, ou consulté tout autre médecin? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> | <p>Précisions pour les questions dont la réponse est « oui »
 Indiquez le numéro de la question et les éléments applicables. Précisez la date, le diagnostic, la durée, la nature et le nombre de traitements (inscrivez le nom du médicament, la dose et la posologie, s'il y a lieu), les résultats, ainsi que le nom et l'adresse du médecin traitant.</p> |

PREUVE D'ASSURABILITÉ (SUITE) À remplir par le participant

4. Au cours des 10 dernières années, avez-vous :		
a) contracté le syndrome d'immunodéficience acquise (sida), le para-sida ou le complexe lié au sida, ou avez-vous reçu le diagnostic de l'une de ces affections?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
4. b) reçu des conseils ou un traitement en lien avec les affections énoncées à la question 4. a)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
c) obtenu un résultat positif à un test de dépistage des anticorps du virus du sida HTLV-III (virus T-lymphotrope humain, type III)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
5. Vous a-t-on déjà refusé une assurance vie ou maladie, ou accordé une telle assurance moyennant surprime ou modification?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Quand? _____ Pourquoi? _____ Assureur : _____
6. Détenez-vous actuellement une police d'assurance vie individuelle chez Co-operators qui a été établie au cours de la dernière année?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, numéro de la police : _____
7. Avez-vous demandé ou reçu une rente ou une indemnité d'accident du travail ou des prestations d'invalidité en raison d'une maladie ou d'une blessure?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Quand? _____ Pourquoi? _____
8. Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous absenté de votre travail en raison d'une maladie ou d'une blessure?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Quand? _____ Durée : _____ Pourquoi? _____
9. Souffrez-vous d'une affection pour laquelle une hospitalisation ou une chirurgie est envisagée ou recommandée? Si oui, fournissez les détails et les dates.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
10. Êtes-vous en observation, prenez-vous des médicaments ou recevez-vous un traitement ou des conseils d'un médecin ou d'un praticien de médecine non traditionnelle pour une affection ou des symptômes d'ordre médical ou physique non mentionnés précédemment?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
11. a) Avez-vous déjà eu une maladie des seins, des ovaires, du col de l'utérus ou de l'utérus?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, indiquez les éléments applicables. Précisez la date, le diagnostic, la durée, la nature et le nombre de traitements (inscrivez le nom du médicament, la dose et la posologie, s'il y a lieu), les résultats, ainsi que le nom et l'adresse du médecin traitant.
b) Avez-vous déjà subi des complications lors d'une grossesse ou d'un accouchement?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
c) Êtes-vous enceinte?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
12. Consommez-vous de l'alcool ou en avez-vous déjà consommé?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, veuillez remplir cette partie. Fréquence de consommation : <input type="checkbox"/> # _____ par jour <input type="checkbox"/> # _____ par semaine <input type="checkbox"/> # _____ par mois Date de la dernière consommation : _____
13. Avez-vous déjà suivi un traitement contre l'alcoolisme ou la toxicomanie (y compris adhésion aux AA), ou vous a-t-on déjà conseillé de le faire?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, fournissez les détails et les dates : _____
14. Prenez-vous ou avez-vous déjà pris des médicaments vendus sans ordonnance, des hallucinogènes, des stimulants, des narcotiques, des sédatifs ou des tranquillisants (y compris marijuana et cocaïne)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, veuillez remplir cette partie. Type de médicament ou de drogue : _____ Fréquence de consommation : <input type="checkbox"/> # _____ par jour <input type="checkbox"/> # _____ par semaine <input type="checkbox"/> # _____ par mois Date de la dernière utilisation : _____
15. Avez-vous déjà consommé sous une forme quelconque du tabac, des produits à base de nicotine ou des substituts de ces produits (y compris timbres et gomme à la nicotine)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, durant combien de temps et combien de fois par jour? _____
16. Qui est votre médecin de famille habituel? (Si vous n'en avez pas, indiquez le nom de la clinique sans rendez-vous que vous fréquentez.)	_____	

Adresse _____
N° et rue Ville Province Code postal

Date approximative de la dernière consultation _____ JJ/MMM/AAAA **Raison et résultats** _____

CONFIDENTIALITÉ

Co-operators Compagnie d'assurance-vie et la protection de la vie privée

Co-operators reconnaît et respecte l'importance de la protection de la vie privée. Lorsque vous présentez une demande d'assurance ou ouvrez un compte chez nous, nous vous demandons votre consentement pour recueillir, utiliser, conserver et partager vos renseignements personnels. Nous vous indiquons de quelles informations nous avons besoin, ce que nous en ferons et avec qui nous les partagerons. Nous ouvrons un dossier confidentiel pour recueillir, utiliser, conserver et partager vos renseignements personnels dans le but de confirmer votre identité, étudier vos besoins d'assurance et déterminer la pertinence de nos produits et services pour vous, évaluer votre demande d'assurance, établir et administrer votre police, y compris l'évaluation et le traitement des réclamations, administrer vos placements, remplir nos obligations contractuelles et réglementaires à votre endroit, détecter et prévenir la fraude et enfin, procéder à des analyses commerciales et statistiques. Nous ne partageons vos renseignements personnels à aucune autre fin, excepté si vous nous donnez votre consentement ou si la loi nous y oblige.

Nous pourrions vous parler de produits et services qui pourraient vous intéresser. Vous pouvez nous dire quelle information vous désirez recevoir de notre part et retirer votre consentement comme bon vous semble. Vous pouvez accéder à vos renseignements personnels et les corriger, au besoin, en nous transmettant une demande par écrit.

Nous avons permis l'accès à vos renseignements personnels uniquement à nos employés et à d'autres personnes qui doivent les consulter dans l'exercice de leurs fonctions. Peuvent être concernés, nos fournisseurs de services externes susceptibles d'utiliser vos renseignements personnels à des fins de traitement, d'entreposage, d'analyse et de rétablissement par suite d'un sinistre hors du Canada. La loi pourrait les obliger à divulguer vos renseignements personnels à des cours de justice, des gouvernements ou des organismes de réglementation hors du Canada. Afin de protéger vos renseignements personnels, nous nous assurons que des dispositions de sécurité et de protection de la vie privée soient incluses dans tous nos contrats avec nos fournisseurs de services externes.

Vous trouverez plus de détails sur notre politique de protection des renseignements personnels à www.cooperators.ca. Pour toute question sur le sujet ou sur la collecte, l'utilisation, la conservation et le partage de vos renseignements personnels, communiquez avec le responsable de la protection de la vie privée de Co-operators au 1-888-887-7773 ou par courriel à privacy@cooperators.ca.

DÉCLARATION ET AUTORISATION DU PROPOSANT

AUTORISATION DU PROPOSANT

J'autorise toute personne ou organisation ayant des renseignements personnels ou médicaux me concernant à les communiquer à Co-operators (ou à ses agents, représentants et administrateurs) pour les objets suivants : évaluation du risque, détermination de mon droit à l'assurance et traitement de toute demande de règlement. J'autorise Co-operators à divulguer les renseignements personnels ou médicaux me concernant à ses réassureurs et à mon médecin ainsi qu'aux autorités de santé publique, au besoin. La présente autorisation demeure valable jusqu'à ce que je la révoque par écrit. Une copie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

RECONNAISSANCE ET DÉCLARATION DU PROPOSANT

Il est entendu que Co-operators (ou ses agents, représentants et administrateurs) peut me demander de subir un examen médical ou paramédical afin de déterminer mon droit à l'assurance. Je suis conscient que le fait de refuser risque d'entraîner des retards dans le traitement de ma demande ou le refus de celle-ci. Il est entendu que toute information tirée d'un examen médical ou paramédical, d'une déclaration d'assurabilité, d'un questionnaire ou de tout autre document présenté comme preuve d'assurabilité fait partie intégrante de ma demande d'adhésion à l'assurance. En outre, je déclare que les renseignements inscrits dans ma demande d'adhésion à l'assurance sont vrais, complets et exacts. Il est entendu que tout défaut de divulguer des renseignements vrais, complets et exacts ou toute réticence influant sur l'évaluation du risque peut entraîner l'annulation de mon assurance par Co-operators.

Signature du participant _____ Date _____

JJ/MMM/AAAA

Si ce formulaire ne parvient pas à nos bureaux dans les 60 jours suivant la date de la signature, il faut remplir une nouvelle demande.

Raison de la tarification médicale

- Adhérent tardif (cochez les cases pertinentes)
 Conjoint Enfant
 Demande d'adhésion à titre de personne à charge frappée d'incapacité

À remplir SEULEMENT pour présenter une demande d'adhésion à l'assurance des personnes à charge.

Pour éviter tout retard, fournir les renseignements demandés.

Vous devez répondre à toutes les questions, sinon le formulaire vous sera retourné.

RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE

Groupe _____ Compte _____ Certificat _____ Nom du groupe _____

Participant (employé) _____
Prénom Initial Nom de famille

Adresse _____
N° et rue Ville Province Code postal

Téléphone : Domicile _____ Cellulaire _____

Conjoint _____ H F X Date de naissance _____
Prénom Initial Nom de famille JJ/MMM/AAAA

Taille _____ pi/po cm Poids _____ lb kg

Enfant _____ H F X Date de naissance _____
Prénom Initial Nom de famille JJ/MMM/AAAA

Taille _____ pi/po cm Poids _____ lb kg

Enfant _____ H F X Date de naissance _____
Prénom Initial Nom de famille JJ/MMM/AAAA

Taille _____ pi/po cm Poids _____ lb kg

Enfant _____ H F X Date de naissance _____
Prénom Initial Nom de famille JJ/MMM/AAAA

Taille _____ pi/po cm Poids _____ lb kg

PREUVE D'ASSURABILITÉ DES PERSONNES À CHARGE

1. Le participant (employé) est-il effectivement au travail? Oui Non Si non, pourquoi? _____

2. Les personnes à charge précitées habitent-elles toutes avec l'employé? Oui Non Si non, précisez et indiquez le prénom de l'enfant : _____

3. L'une de vos personnes à charge a-t-elle déjà consulté un médecin ou un praticien de médecine non traditionnelle (dont herboriste, acuponcteur, chiropraticien, homéopathe, naturopathe, etc.) pour l'une des affections suivantes ou a-t-elle déjà souffert de l'une de ces affections (précisez laquelle)?

a) Trouble touchant les yeux, les oreilles, le nez ou la gorge Oui Non

b) Maux de tête graves, étourdissements, évanouissements, perte de connaissance, épilepsie, convulsions, troubles de la parole, paralysie, accident vasculaire cérébral (AVC), trouble du cerveau ou du système nerveux Oui Non

c) Troubles nerveux, notamment dépression, anxiété ou pensées suicidaires Oui Non

d) Hypertension, palpitations ou douleurs dans la région du cœur ou à la poitrine, gêne respiratoire, troubles cardiaques, angine ou maladie coronarienne, rhumatisme articulaire aigu, souffle cardiaque, crise cardiaque ou autre trouble du cœur ou du système sanguin Oui Non

e) Toux ou enrouement persistant, crachement de sang, asthme, emphysème, pleurésie, bronchite, tuberculose, maladie respiratoire ou autre trouble des poumons Oui Non

f) Ulcère d'estomac ou du duodénum, indigestions chroniques, ictère (jaunisse), calculs biliaires, colite, diarrhées sanguinolentes ou chroniques, troubles de l'estomac, de la vésicule biliaire, du foie, des intestins, du pancréas, du rectum ou du système digestif Oui Non

g) Hépatite A, B, C ou de type inconnu Oui Non

h) Albumine, sucre, pus ou sang dans l'urine, diabète, pierre au rein ou colique, ou autre trouble des reins ou de la vessie Oui Non

i) Arthrite, goutte, rhumatisme, sciatique, malformation ou trouble des articulations ou des membres, trouble des muscles ou de la colonne vertébrale, notamment discopathie dégénérative, douleurs au cou, à la nuque ou au dos, traumatisme de la colonne vertébrale, utilisation d'un appareil orthopédique ou d'un collet cervical, fibromyalgie ou syndrome de fatigue chronique Oui Non

j) Leucémie, anémie, hémophilie ou tout autre trouble ou anomalie du sang Oui Non

k) Cancer, tumeur, hypertrophie ganglionnaire (ganglions) ou lésions cutanées, kyste ou excroissance anormale, problème de l'hypophyse, des surrénales ou de toute autre glande, ou infections inexplicables Oui Non

l) Troubles thyroïdiens ou autres troubles endocriniens Oui Non

Précisions pour les questions dont la réponse est « oui »
 Indiquez le numéro de la question et les éléments applicables. Précisez la date, le diagnostic, la durée, la nature et le nombre de traitements (inscrivez le nom du médicament, la dose et la posologie, s'il y a lieu), les résultats, ainsi que le nom et l'adresse du médecin traitant.

DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ DES PERSONNES À CHARGE (SUITE)

- m) Infection ou maladie transmissible sexuellement ou autre trouble de la prostate ou des organes génitaux Oui Non
- n) L'une des personnes à charge a-t-elle déjà présenté une demande d'assurance qui a été refusée, retardée ou modifiée de quelque façon que ce soit? Oui Non
- o) A-t-on indiqué à l'une des personnes à charge qu'une chirurgie à venir était nécessaire? Oui Non
3. p) À part les éléments énoncés précédemment, l'une des personnes à charge a-t-elle souffert de tout autre problème de santé (affection, maladie ou malaise), subi toute autre blessure, chirurgie ou examen complémentaire, consulté tout autre médecin ou reçu des médicaments? Oui Non
4. a) Avez-vous déjà eu une maladie des seins, des ovaires, du col de l'utérus ou de l'utérus? Oui Non
- b) Avez-vous déjà subi des complications lors d'une grossesse ou d'un accouchement? Oui Non
- c) Êtes-vous enceinte? Oui Non
5. Au cours des 10 dernières années, l'une des personnes à charge a-t-elle :
- a) contracté le syndrome d'immunodéficience acquise (sida), le para-sida ou le complexe lié au sida, ou a-t-elle reçu le diagnostic de l'une de ces affections? Oui Non
- b) reçu des conseils ou un traitement en lien avec les affections énoncées à la question 5. a)? Oui Non
- c) obtenu un résultat positif à un test de dépistage des anticorps du virus du sida HTLV-III (virus T-lymphotrope humain, type III)? Oui Non

Quand? _____
Pourquoi? _____
Assureur : _____

Si oui, précisez la date prévue de l'accouchement : _____

Précisions pour les questions dont la réponse est « oui »
Indiquez le numéro de la question et les éléments applicables. Précisez la date, le diagnostic, la durée, la nature et le nombre de traitements (inscrivez le nom du médicament, la dose et la posologie, s'il y a lieu), les résultats, ainsi que le nom et l'adresse du médecin traitant.

6. Conjoint : Qui est votre médecin de famille habituel? (Si vous n'en avez pas, indiquez le nom de la clinique sans rendez-vous que vous fréquentez.)

Adresse _____
N° et rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Date approximative de la dernière consultation _____ JJ/MMM/AAAA Raison et **résultats** _____

Enfant : Qui est votre médecin de famille habituel? (Si vous n'en avez pas, indiquez le nom de la clinique sans rendez-vous que vous fréquentez.)

Adresse _____
N° et rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Date approximative de la dernière consultation _____ JJ/MMM/AAAA Raison et **résultats** _____

Enfant : Qui est votre médecin de famille habituel? (Si vous n'en avez pas, indiquez le nom de la clinique sans rendez-vous que vous fréquentez.)

Adresse _____
N° et rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Date approximative de la dernière consultation _____ JJ/MMM/AAAA Raison et **résultats** _____

Enfant : Qui est votre médecin de famille habituel? (Si vous n'en avez pas, indiquez le nom de la clinique sans rendez-vous que vous fréquentez.)

Adresse _____
N° et rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Date approximative de la dernière consultation _____ JJ/MMM/AAAA Raison et **résultats** _____

CONFIDENTIALITÉ

Co-operators Compagnie d'assurance-vie et la protection de la vie privée

Co-operators reconnaît et respecte l'importance de la protection de la vie privée. Lorsque vous présentez une demande d'assurance ou ouvrez un compte chez nous, nous vous demandons votre consentement pour recueillir, utiliser, conserver et partager vos renseignements personnels. Nous vous indiquons de quelles informations nous avons besoin, ce que nous en ferons et avec qui nous les partagerons. Nous ouvrons un dossier confidentiel pour recueillir, utiliser, conserver et partager vos renseignements personnels dans le but de confirmer votre identité, étudier vos besoins d'assurance et déterminer la pertinence de nos produits et services pour vous, évaluer votre demande d'assurance, établir et administrer votre police, y compris l'évaluation et le traitement des réclamations, administrer vos placements, remplir nos obligations contractuelles et réglementaires à votre endroit, détecter et prévenir la fraude et enfin, procéder à des analyses commerciales et statistiques. Nous ne partageons vos renseignements personnels à aucune autre fin, excepté si vous nous donnez votre consentement ou si la loi nous y oblige.

Nous pourrions vous parler de produits et services qui pourraient vous intéresser. Vous pouvez nous dire quelle information vous désirez recevoir de notre part et retirer votre consentement comme bon vous semble. Vous pouvez accéder à vos renseignements personnels et les corriger, au besoin, en nous transmettant une demande par écrit.

Nous avons permis l'accès à vos renseignements personnels uniquement à nos employés et à d'autres personnes qui doivent les consulter dans l'exercice de leurs fonctions. Peuvent être concernés, nos fournisseurs de services externes susceptibles d'utiliser vos renseignements personnels à des fins de traitement, d'entreposage, d'analyse et de rétablissement par suite d'un sinistre hors du Canada. La loi pourrait les obliger à divulguer vos renseignements personnels à des cours de justice, des gouvernements ou des organismes de réglementation hors du Canada. Afin de protéger vos renseignements personnels, nous nous assurons que des dispositions de sécurité et de protection de la vie privée soient incluses dans tous nos contrats avec nos fournisseurs de services externes.

Vous trouverez plus de détails sur notre politique de protection des renseignements personnels à www.cooperators.ca. Pour toute question sur le sujet ou sur la collecte, l'utilisation, la conservation et le partage de vos renseignements personnels, communiquez avec le responsable de la protection de la vie privée de Co-operators au 1-888-887-7773 ou par courriel à privacy@cooperators.ca.

DÉCLARATION ET AUTORISATION

AUTORISATION DU PROPOSANT

J'autorise toute personne ou organisation ayant des renseignements personnels ou médicaux me concernant à les communiquer à Co-operators (ou à ses agents, représentants et administrateurs) pour les objets suivants : évaluation du risque, détermination de mon droit à l'assurance et traitement de toute demande de règlement. J'autorise Co-operators à divulguer les renseignements personnels ou médicaux me concernant à ses réassureurs et à mon médecin ainsi qu'aux autorités de santé publique, au besoin. La présente autorisation demeure valable jusqu'à ce que je la révoque par écrit. Une copie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

RECONNAISSANCE ET DÉCLARATION DU PROPOSANT

Je déclare que tout enfant à charge qui n'est pas mon enfant naturel ou adopté habite avec moi depuis au moins 12 mois consécutifs. Je confirme être dûment autorisé à agir au nom de mon conjoint et de mes personnes à charge. Il est entendu que Co-operators (ou ses agents, représentants et administrateurs) peut me demander de subir un examen médical ou paramédical afin de déterminer mon droit à l'assurance. Je suis conscient que le fait de refuser risque d'entraîner des retards dans le traitement de ma demande ou le refus de celle-ci. Il est entendu que toute information tirée d'un examen médical ou paramédical, d'une déclaration d'assurabilité, d'un questionnaire ou de tout autre document présenté comme preuve d'assurabilité fait partie intégrante de ma demande d'adhésion à l'assurance. En outre, je déclare que les renseignements inscrits dans ma demande d'adhésion à l'assurance sont vrais, complets et exacts. Il est entendu que tout défaut de divulguer des renseignements vrais, complets et exacts ou toute réticence influant sur l'évaluation du risque peut entraîner l'annulation de mon assurance par Co-operators.

Signature du participant _____ Date _____
JJ/MM/AAAA

Signature du conjoint _____ Date _____
JJ/MM/AAAA

Signature de l'enfant _____ Date _____
(s'il a 16 ans ou plus) JJ/MM/AAAA

Signature de l'enfant _____ Date _____
(s'il a 16 ans ou plus) JJ/MM/AAAA

Signature de l'enfant _____ Date _____
(s'il a 16 ans ou plus) JJ/MM/AAAA

**Tous les frais engagés en vue d'obtenir les renseignements contenus dans ce formulaire ou tout autre renseignement sont à la charge du participant.
Si ce formulaire ne parvient pas à nos bureaux dans les 60 jours suivant la date de la signature, il faut remplir une nouvelle demande.**