

DÉCLARATION DU PROMOTEUR DE RÉGIME EXONÉRATION DES PRIMES D'ASSURANCE VIE ASSURANCE COLLECTIVE

ADRESSE POSTALE

Adresse : Co-operators Compagnie d'assurance-vie
Service des réclamations, Vie (Collective)
1900 Albert Street
Regina (Saskatchewan) S4P 4K8

Télééc. : 1-866-889-9925

DIRECTIVES

Écrire en lettres moulées de manière lisible et remplir toutes les sections pour éviter tout retard dans le traitement de la réclamation.

Nous demandons aux clients qui ne sont pas facturés par Co-operators de joindre une copie de la demande d'adhésion du participant et du rapport de facturation, ainsi qu'une copie de la lettre d'approbation des prestations ILD.

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Participant _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____

Groupe _____ Compte _____ Certificat _____

Date de naissance _____ JJ/MMM/AAAA Homme Femme Numéro d'assurance sociale* _____

* Le NAS est nécessaire pour les régimes imposables et toute cotisation à un régime de retraite.

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

Téléphone _____ Cellulaire _____

2. RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE

Classe ou affiliation syndicale à laquelle le participant appartient (le cas échéant) _____

Date d'embauche _____ JJ/MMM/AAAA Dernier jour travaillé _____ JJ/MMM/AAAA Date du retour au travail _____ JJ/MMM/AAAA

L'invalidité résulte-t-elle d'une maladie ou d'une blessure survenue dans le cadre de l'emploi? Oui Non

Si oui, le participant a-t-il déposé une demande d'indemnisation à la Commission des accidents du travail (CAT) de sa province? Oui Non

Si non, pourquoi : _____

Le participant est : Payé à l'heure Salié Payé à la commission***

*** Les participants à la commission et les travailleurs autonomes doivent joindre le feuillet T4, l'avis de cotisation et le sommaire des dépenses pour les deux dernières années.

Le participant travaille : À temps plein À temps partiel À contrat (joindre une copie du contrat)

Nombre d'heures travaillées au cours d'une semaine normale _____ (sans les heures supplémentaires) Quels jours de la semaine le participant travaille-t-il? _____ (p. ex. du lundi au vendredi)

S'agit-il d'un travail par quarts? Oui Non Si oui, quel est l'horaire de l'employé? _____

Date de cessation d'emploi (le cas échéant) _____ JJ/MMM/AAAA Raison _____

3. RENSEIGNEMENTS SUR LES REVENUS ET LES GARANTIES

Salaires brut du participant _____ \$ Horaire Hebdomadaire Aux deux semaines Bimensuel Mensuel Annuel
(à l'exception des heures supplémentaires, des commissions et des primes)

(Joindre une copie du talon de paie pour la dernière période de paie complète)

Date d'effet du salaire _____ JJ/MMM/AAAA Le promoteur de régime/l'employeur prend-il en charge une partie de la prime? Non (non imposable) Oui (imposable)

4. RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI

Quel poste le participant occupait-il au moment de l'arrêt de travail? _____

Depuis combien de temps le participant occupait-il ce poste? _____

Veuillez décrire les tâches habituelles du participant, ainsi que toute modification apportée à celles-ci, le cas échéant.

Veuillez joindre une copie de la description de poste fournie par l'employeur.

Quand la maladie ou la blessure du participant a-t-elle commencé à nuire à son travail? _____ JJ/MMM/AAAA

Selon vos observations, comment le rendement du participant a-t-il changé? _____

4. RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI (SUITE)

Avez-vous discuté d'un éventuel retour au travail avec le participant? Oui Non Si oui, indiquez la date et tout autre détail pertinent : _____

JJ/MMM/AAAA

Le poste a-t-il été aboli? Oui Non

ANALYSE DES EXIGENCES PHYSIQUES

L'analyse suivante sur les exigences physiques du poste occupé par le participant doit être remplie par son superviseur. Dans la colonne appropriée, veuillez indiquer le nombre moyen d'heures dédié à chacune des activités suivantes :

		Sans interruption	Total par jour
1	Rester assis		
2	Rester debout		
3	Conduire		
4	Se pencher		
5	Monter ou descendre l'escalier		
6	Soulever un poids <input type="checkbox"/> 0 à 10 lb <input type="checkbox"/> 10 à 20 lb <input type="checkbox"/> 20 à 50 <input type="checkbox"/> 50 lb et plus avec un appareil? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
7	Pousser/Tirer <input type="checkbox"/> 0 à 10 lb <input type="checkbox"/> 10 à 20 lb <input type="checkbox"/> 20 à 50 <input type="checkbox"/> 50 lb et plus		

Veuillez décrire l'environnement de travail (p. ex. température, niveaux de bruit, exposition à des produits chimiques ou à la poussière, etc.)

Veuillez énumérer les machines, outils ou autres pièces d'équipement que le participant utilise dans le cadre de son travail.

Veuillez ajouter tout autre renseignement pertinent à cette demande qui n'a pas été mentionné auparavant.

5. DÉCLARATION

Nom du promoteur _____

Téléphone (_____) _____ Cellulaire (_____) _____ Télécopieur (_____) _____

Nom du superviseur _____ Téléphone (_____) _____

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

Si vous désirez que Co-operators communique avec vous par courriel concernant cette demande de règlement, veuillez indiquer votre courriel

Co-operators Compagnie d'assurance-vie prend des mesures raisonnables pour protéger la confidentialité de tous les renseignements recueillis, utilisés, conservés et divulgués dans le cadre de ses affaires. Vous devez toutefois savoir qu'Internet n'est pas un moyen de communication sûr et que nous ne procédons pas au cryptage des courriels. Il nous est donc impossible de garantir une complète confidentialité des renseignements communiqués par courrier électronique, notamment les courriels et toute pièce jointe. En autorisant les communications par courriel, vous reconnaissez avoir lu et compris le présent avis de non-responsabilité, et vous nous autorisez à transmettre vos renseignements personnels par voie électronique en sachant que les courriels et toute pièce jointe pourraient faire l'objet d'un accès, d'une utilisation ou d'une divulgation non autorisée par des tiers. Vous reconnaissez que Co-operators Compagnie d'assurance-vie n'est pas responsable des pertes ou des dommages que vous ou toute autre personne pourriez subir en raison de toute violation de la vie privée, de la confidentialité ou de la sécurité résultant de la communication de vos renseignements personnels par courriel. Si vous ne souhaitez plus communiquer avec Co-operators Compagnie d'assurance-vie par courriel, veuillez-nous en informer par écrit à Group_life_claims@cooperators.ca.

Déclaration remplie par _____ (Nom en lettres moulées) Titre _____

Je déclare que les renseignements fournis aux présentes sont exacts et complets.

Signature d'une personne autorisée _____ Date _____

JJ/MMM/AAAA

6. 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 pouvons 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