

DEMANDE D'ASSURANCE MALADIES GRAVES COLLECTIVE FACULTATIVE

L'assurance maladies graves facultative permet à vous et à votre conjoint de souscrire une assurance maladies graves complémentaire à l'assurance maladies graves dont vous bénéficiez déjà.

GÉNÉRALITÉS

Vous trouverez ici un aperçu des garanties auxquelles vous êtes admissible. Cependant, ce texte ne confère aucun droit, contractuel ou autre. Tous les droits afférents aux garanties d'assurance sont régis uniquement par la police collective établie par Co-operators Compagnie d'assurance-vie.

POURQUOI SOUSCRIRE UNE ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE?

Les statistiques révèlent qu'une famille canadienne a besoin d'un montant d'assurance de quatre à six fois plus élevé que son revenu annuel. L'un des atouts les plus précieux d'une personne est sa capacité à gagner un revenu. La perte de revenu qu'entraîne une maladie risque donc d'avoir des conséquences néfastes sur le niveau de vie et les rêves d'une famille, à moins d'avoir pris les dispositions nécessaires pour remplacer le revenu perdu.

UN EXAMEN MÉDICAL EST-IL NÉCESSAIRE?

Co-operators Compagnie d'assurance-vie se réserve le droit de demander un examen médical ou une déclaration d'état de santé, et ce, sans que vous n'ayez à payer quoi que ce soit. Si de tels renseignements sont nécessaires, vous en serez informé directement.

À QUEL MOMENT L'ASSURANCE PREND-ELLE EFFET?

Votre protection prend effet dès que vous recevez la confirmation écrite de Co-operators Compagnie d'assurance-vie.

COMMENT LES PRIMES SONT-ELLES PAYÉES?

Le paiement des primes se fait par retenue salariale.

COMMENT L'ASSURANCE FONCTIONNE-T-ELLE?

La protection est offerte par tranches (voir la grille des taux remise au promoteur de votre régime). Vous pouvez donc choisir le montant d'assurance qui vous convient.

Disons qu'une personne de 34 ans désire souscrire 10 tranches (50 000 \$) d'assurance maladies graves complémentaire. Si le coût de cette protection s'établit à 1 \$ par mois pour chaque tranche, alors : 1 \$ x 10 tranches = 10 \$ par mois.

COMMENT PUIS-JE Y ADHÉRER?

Pour cela, il suffit de remplir la demande ci-jointe et de l'adresser à :

Co-operators Compagnie d'assurance-vie
À l'attention de : Service de la tarification médicale (Collective)
1900 Albert Street
Regina (Saskatchewan) S4P 4K8
Télécopieur : 306-347-6180 ou sans frais : 1-866-889-9924

DEMANDE D'ASSURANCE MALADIES GRAVES COLLECTIVE FACULTATIVE

Pour éviter tout retard, inscrire les renseignements demandés au stylo et en lettres moulées.

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.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Groupe _____ Compte _____ Certificat _____ Nom du groupe _____

Participant _____
Prénom Intiale Nom de famille

Le participant est-il effectivement au travail? Oui Non Si non, pourquoi? _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE PROPOSANT

Proposant : Participant Conjoint _____
Prénom Intiale Nom de famille

Adresse postale _____
N° et rue Ville Province Code postal

Téléphone : Domicile _____ Bureau _____ Cellulaire _____

Date de naissance _____ Homme Femme
JJ/MMM/AAAA

Salaire annuel _____ \$ Profession _____

MONTANT D'ASSURANCE

Montant de l'assurance maladies graves facultative déjà en vigueur : _____ \$ Nouveau montant total demandé : _____ \$
(au titre de ce régime)

DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ DU PROPOSANT

1. Est-ce que l'une des maladies suivantes a été diagnostiquée chez votre père, votre mère, l'un de vos frères ou l'une de vos sœurs, avant leur 60^e anniversaire de naissance : cancer, tumeur, leucémie, lymphome, maladie de Hodgkin, maladie du cœur, sclérose en plaques, crise cardiaque, coronaropathie, accident vasculaire cérébral, hypertension, diabète, maladie polykystique des reins, maladie du rein, maladie du foie, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, démence, maladie de Huntington, maladie de Parkinson ou sclérose latérale amyotrophique (SLA/maladie de Lou-Gehrig)? Oui Non

Si oui, indiquez l'affection, le lien de parenté et l'âge au diagnostic _____

2. Parmi vos frères, sœurs, père et mère, y a-t-il une ou plusieurs personnes qui souffrent ou ont souffert de troubles héréditaires? Oui Non

Si oui, précisez (p. ex. chorée de Huntington, maladie polykystique des reins, etc.) _____

3. Au cours de la dernière année, avez-vous présenté des symptômes ou reçu un traitement pour une affection médicale, un trouble ou un malaise ayant nécessité votre hospitalisation? Oui Non

Si oui, ci-dessous :

Nom de l'affection	Date du début et durée de l'affection JJ/MMM/AAAA	Symptômes	Médecin traitant ou hôpital	Traitement et résultats

4. Taille _____ pi/po cm Poids _____ lb kg

Votre poids a-t-il changé au cours de la dernière année? Oui Non

Si oui, de combien? _____ Pourquoi? _____

5. Qui est votre médecin habituel ou médecin de famille? _____

Si vous n'en avez pas, indiquez le nom de la clinique sans rendez-vous que vous fréquentez :

N° et rue Ville Province Code postal

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

DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ DU PROPOSANT (SUITE)

6. Avez-vous déjà souffert de l'une des affections suivantes ou vous a-t-on dit que vous en souffriez :
- a. Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), emphysème, apnée du sommeil, tuberculose, asthme, bronchite chronique ou toute autre maladie ou affection pulmonaire? Oui Non
 - b. Accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire (AIT), crise cardiaque, chirurgie cardiaque, souffle cardiaque, pontage aortocoronarien ou angioplastie, rythme cardiaque irrégulier, stimulateur cardiaque (pacemaker), douleur à la poitrine ou essoufflement? Oui Non
 - c. Trouble gastro-intestinal tel ulcère, sang dans les selles, maladie de Crohn, colite ulcéreuse, diverticulite ou tout autre trouble des intestins, de l'oesophage, de l'estomac ou du pancréas? Oui Non
 - d. Diabète, trouble endocrinien ou trouble des reins ou de la vessie? Oui Non
 - e. Cancer, tumeur, polype, kyste, nævus dysplasique, excroissance de la peau, retrait d'un grain de beauté, leucémie, lymphome, mélanome, nodule, excroissance ou gonflement, mammographie ou test Pap anormal, test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (APS) anormal ou toute autre affection du sang? Oui Non
 - f. Blessure à la tête, épilepsie, déficit cognitif, perte de mémoire, faiblesse musculaire, engourdissement, fourmillement, étourdissement, paralysie, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique (SLA), maladie de Huntington, maladie de Parkinson, maladie du motoneurone, démence, maladie d'Alzheimer ou tout trouble du cerveau? Oui Non
 - g. Névrite, arthrite, rhumatisme ou trouble du dos, de la colonne vertébrale, des os, des articulations ou des muscles? Oui Non
 - h. Trouble nerveux ou mental, dont la dépression, l'anxiété ou les pensées suicidaires? Oui Non
 - i. Résultat positif au test de VIH? Oui Non
 - j. Affection des yeux ou des oreilles, comme la cécité, la névrite optique, l'acouphène ou la surdité? Oui Non
 - k. Maladie du foie ou hépatite, y compris porteur de l'hépatite? Oui Non
 - l. Toute affection, handicap ou déformation non mentionné ci-dessus? Oui Non

Si vous avez répondu oui à l'une des questions du n° 6, précisez ci-dessous :

Nom de l'affection	Date du début et durée JJ/MM/AAAA	Symptômes	Médecin traitant ou hôpital	Traitement et résultats

7. Avez-vous déjà pris des médicaments ou des drogues, dont la marijuana et la cocaïne, à des fins non médicales, ou vous a-t-on déjà conseillé de réduire votre consommation d'alcool, ou avez-vous déjà reçu un traitement pour la toxicomanie ou l'alcoolisme, ou vous les a-t-on recommandés? Oui Non

Si oui, précisez en indiquant : Substance _____

Fréquence de consommation : Chaque jour Chaque semaine Chaque mois
 Autre _____

Quantité consommée à chaque occasion _____ Date de la dernière consommation _____
JJ/MM/AAAA

8. Vous a-t-on déjà refusé une assurance vie ou une assurance maladies graves ou proposé une telle assurance modifiée de quelque façon que ce soit? Oui Non

Si oui, date _____ Raison _____
JJ/MM/AAAA

9. Usage du tabac : Avez-vous consommé une forme quelconque de tabac, de produits contenant de la nicotine ou de substituts de nicotine au cours des 12 derniers mois? Oui Non

Si oui, durant combien de temps? _____ Combien par jour? _____

10. Au cours des cinq dernières années, avez-vous consulté un professionnel de la santé pour un symptôme, maladie, affection ou examen de santé ou traitement qui n'a pas été mentionné ci-dessus? Oui Non

Si oui, précisez _____

11. Au cours des cinq dernières années, avez-vous subi un électrocardiogramme (ECG), une radiographie, une analyse sanguine ou toute autre épreuve diagnostique, comme une colonoscopie, mammographie, échographie, tomographie, imagerie par résonance magnétique (IRM) ou échocardiogramme, qui n'a pas été mentionné ci-dessus? Oui Non

Si oui, précisez et indiquez le nom de l'examen, la date et les résultats _____

DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ (SUITE)

12. Êtes-vous en attente d'une consultation auprès d'un professionnel de la santé ou vous a-t-on conseillé de subir une opération, un examen ou une investigation qui n'a pas encore eu lieu ou dont vous n'avez pas reçu les résultats? Oui Non

Si oui, précisez _____

13. Au cours des six derniers mois, avez-vous présenté une affection, une maladie ou des symptômes pour lesquels vous n'avez pas encore consulté de médecin ou reçu de traitement? Oui Non

Si oui, précisez _____

DÉCLARATION ET AUTORISATION

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

AUTORISATION DU PROPOSANT

J'ai lu et compris la déclaration de confidentialité et j'autorise la collecte, l'utilisation, la conservation et la divulgation des renseignements personnels me concernant ou concernant mes personnes à charge aux fins précisées ci-dessus. Je comprends que je peux révoquer mon consentement à tout moment par écrit et reconnais qu'un tel geste risque de nuire au traitement de ma demande.

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 : faire l'évaluation du risque, déterminer mon droit à l'assurance et traiter 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 la demande d'adhésion. En outre, je déclare que cette information ainsi que les renseignements inscrits dans la demande d'adhésion sont vrais, complets et exacts. Il est entendu que toute fausse déclaration ou réticence influant sur l'évaluation du risque peut entraîner l'annulation de mon assurance.

Signature _____ Date _____
(Signature du conjoint) JJ/MMM/AAAA

Signature _____ Date _____
(Signature du participant) JJ/MMM/AAAA