

DEMANDE DE DÉPÔT DIRECT PRESTATIONS D'INVALIDITÉ ASSURANCE COLLECTIVE

Pour éviter tout retard, fournir les renseignements demandés.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Pour bénéficier du dépôt direct des prestations, vous n'avez qu'à remplir le formulaire ci-dessous et à nous le renvoyer.

Le dépôt direct permet à Co-operators de verser vos prestations directement à votre institution financière. Ce service est très commode puisque vos prestations sont versées automatiquement dans votre compte dans les trois jours ouvrables. En cas de changement de compte, donnez-nous un préavis d'au moins trois semaines afin d'éviter tout retard de versement.

Adressez le formulaire dûment rempli à :

Service des règlements invalidité
Co-operators Compagnie d'assurance-vie
1900 Albert Street
Regina, SK S4P 4K8

Téléc. : 1-866-889-9926

Courriel : disability_claims_admin@cooperators.ca

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Groupe _____ Compte _____ Certificat _____

Participant _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____

Adresse _____
Numéro et rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Joindre un chèque annulé ou un document provenant directement de l'institution financière indiquant le numéro de compte complet, le numéro de transit et le numéro d'institution.

PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE ET AUTORISATION

Déclaration de confidentialité de Co-operators

Co-operators reconnaît et respecte l'importance de la protection de la vie privée. Lorsque vous souscrivez une assurance ou ouvrez un compte chez nous, nous vous demandons votre consentement pour recueillir, utiliser, conserver et communiquer vos renseignements personnels. Nous vous indiquons de quels renseignements nous avons besoin, ce que nous en ferons et à qui nous les communiquerons. Nous ouvrons un dossier confidentiel pour recueillir, utiliser, conserver et communiquer vos renseignements personnels aux fins suivantes : confirmer votre identité; étudier vos besoins d'assurance et déterminer la pertinence de nos produits et services pour vous; évaluer votre proposition d'assurance; établir et administrer votre police, y compris l'évaluation et le traitement des demandes de règlement; administrer vos placements; remplir nos obligations contractuelles et réglementaires; détecter et prévenir la fraude; et procéder à des analyses commerciales et statistiques. Nous ne communiquons vos renseignements personnels à aucune autre fin, à moins d'avoir obtenu votre consentement ou d'en avoir l'obligation ou l'autorisation légale.

Nous pouvons vous renseigner sur des produits et services qui pourraient vous intéresser. Vous pouvez nous dire quelles informations vous désirez recevoir de notre part et retirer votre consentement en tout temps. Vous pouvez accéder aux renseignements personnels contenus dans votre dossier et, au besoin, les faire corriger en nous le demandant par écrit.

Nous avons restreint l'accès à vos renseignements personnels à nos employés et employées 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, de stockage, d'analyse ou de reprise des activités après sinistre à l'extérieur du Canada ou de votre province de résidence. La loi pourrait les obliger à divulguer vos renseignements personnels à des cours de justice, à des gouvernements ou à des organismes de réglementation hors du Canada. Afin de protéger vos renseignements personnels, nous veillons à inclure des dispositions de sécurité et de protection de la vie privée dans tous les contrats que nous concluons avec des fournisseurs de services externes.

Vous trouverez plus de détails sur notre politique de protection des renseignements personnels et comment communiquer avec le responsable de la protection de la vie privée à www.cooperators.ca/vie-privee.

J'autorise par la présente Co-operators à verser les prestations d'invalidité directement dans mon compte et à communiquer à mon institution financière tout renseignement financier pertinent à cette fin. Cette autorisation demeure en vigueur jusqu'à ce que je la révoque par écrit. Une copie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

Signature du participant _____ Date _____

JJ/MM/AAAA