



## 2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (À REMPLIR PAR LE OU LA MÉDECIN)(SUITE)

### TRAITEMENT

| Nom du médicament | Posologie | Date de début | Raison du changement de médicament, s'il y a lieu |
|-------------------|-----------|---------------|---|
|                   |           |               |   |
|                   |           |               |   |
|                   |           |               |   |

| Fournisseur-euse de soins | Spécialité | Date des examens |
|---------------------------|------------|------------------|
|                           |            |                  |
|                           |            |                  |
|                           |            |                  |

Avez-vous l'intention de diriger le patient ou la patiente vers d'autres spécialistes ou une consultation est-elle déjà prévue?  Oui  Non

Veuillez préciser \_\_\_\_\_

Réponse au traitement \_\_\_\_\_

## 3. CONFIRMATION ET AUTORISATION DU OU DE LA MÉDECIN

Je reconnais que les renseignements fournis dans ce formulaire seront conservés dans les dossiers de prestations d'invalidité de l'assureur. Il est entendu que le patient ou la patiente ou toute autre personne autorisée pourraient y avoir accès. Je consens à la divulgation des renseignements tels qu'ils figurent dans le présent formulaire, et ce, selon les conditions précitées.

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

\_\_\_\_\_

Vous reconnaissez que les données transmises via Internet peuvent être interceptées et vous assumez les risques associés à cette méthode de transmission. 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](mailto:group_life_claims@cooperators.ca).

Médecin traitant-e (en lettres moulées) \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
N° et rue Ville Province Code postal

Spécialité autorisée \_\_\_\_\_ Médecin de famille  Oui  Non

Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

Timbre du ou de la médecin

## 4. CONFIDENTIALITÉ

### Déclaration de confidentialité de Co-operators Compagnie d'assurance-vie

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. 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 à [cooperators.ca](http://cooperators.ca). Pour toute question sur le sujet ou sur la collecte, l'utilisation, la conservation et la communication de vos renseignements personnels, communiquez avec le Bureau de la protection de la vie privée de Co-operators par téléphone au 1-888-887-7773 ou par courriel à [privacy@cooperators.ca](mailto:privacy@cooperators.ca).