

ADRESSE POSTALEAdresse : Co-operators Compagnie d'assurance-vie
Réclamations, Vie (Collective)
1900 Albert Street
Regina, SK S4P 4K8Tél : 1-866-442-3098
Télééc. : 1-866-889-9925
Courriel : group_life_claims@cooperators.ca**DIRECTIVES POUR LE PROMOTEUR DE RÉGIME**

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.

Si le montant d'assurance est établi en fonction du salaire, veuillez joindre une copie du talon de paie du participant pour la dernière période de paie complète.

1. PROMOTEUR DE RÉGIMEParticipant _____
Prénom Initialle Nom de famille

Groupe _____ Compte _____ Certificat _____

Date à laquelle le participant est devenu assuré au titre de la police d'assurance DMA de Co-operators _____
JJ/MMM/AAAAet au titre de la police de l'assureur précédent _____
JJ/MMM/AAAADate d'entrée en service _____ Dernier jour travaillé _____ Date prévue pour le retour au travail _____
JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAAL'invalidité résulte-t-elle d'une maladie ou d'une blessure survenue dans le cadre de l'emploi? Oui NonSi oui, le participant a-t-il déposé une demande d'indemnisation à la Commission des accidents du travail de sa province? Oui Non

Veuillez fournir tout autre renseignement pouvant être utile au traitement de la demande _____

Nom du promoteur _____

Téléphone _____ Cellulaire _____

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 :

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 l'adresse group_life_claims@cooperators.ca.Déclaration remplie par _____ Titre _____
Nom (en lettres moulées)

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

Signature d'une personne autorisée _____ Date _____
JJ/MMM/AAAA**2. PARTICIPANT**

Maladie redoutée/diagnostic _____

Date de début des symptômes _____ Date du diagnostic _____
JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAAHospitalisation du _____ au _____ Nom de l'établissement _____
JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAA

Nom et adresse du ou des médecins traitants

Médecin	Adresse	Date de la consultation JJ/MMM/AAAA

2. PARTICIPANT (SUITE)

ÉDUCATION ET FORMATION

Indiquez le plus haut niveau de scolarité complété : 6 ans de scolarité ou moins 7 ans 8 ans 9 ans 10 ans 11 ans 12 ans 13 ans

Type de cours, diplôme ou certificat _____

Autres cours de formation, cours spéciaux ou professionnels

3. OPTIONS DE RÈGLEMENT

Je demande que toute somme payable aux termes de cette garantie soit versée comme suit :

- Dépôt direct* – **Joindre un spécimen de chèque personnel portant la mention « NUL »**
 Chèque

* Le dépôt direct nous permet de verser votre prestation directement à votre institution financière.

4. AUTORISATION

J'autorise tout médecin, hôpital, clinique, pharmacie et autre fournisseur ou établissement de soins de santé, l'administrateur ou l'arbitre du régime d'assurance collective ou leurs représentants, assureur, réassureur, régime provincial d'assurance maladie, ministère et agence gouvernementale, mon employeur, mes anciens employeurs et autres personnes, organismes ou institutions ayant des renseignements médicaux ou personnels me concernant à échanger avec Co-operators, l'administrateur du régime et leurs représentants ou agents, tous les renseignements nécessaires pour étudier ma réclamation et juger de son bien-fondé, déterminer mon droit aux prestations et gérer mon dossier. J'autorise l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale à des fins de déclaration fiscale, de vérification d'identité et d'administration de toute prestation. Je reconnais que le fait de refuser ou de retirer mon consentement risque d'entraîner des retards dans le traitement de ma demande ou le refus de prendre la réclamation en charge. Je déclare que l'information fournie dans la présente déclaration et les renseignements communiqués lors d'une entrevue personnelle ou téléphonique relativement à cette demande sont véridiques, complets et exacts. La présente autorisation demeure valable pour toute la durée de la demande, à moins que je ne la révoque par écrit. Une copie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

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 l'adresse.

Signature du participant _____ Date _____
JJ/MMM/AAAA

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

Téléphone _____

5. CONFIDENTIALITÉ

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.