

# ASSURANCE COLLECTIVE DÉCLARATION MÉDICALE – MALADIES GRAVES CHIRURGIE DE L'AORTE ANGIOPLASTIE CORONARIENNE REEMPLACEMENT OU RÉPARATION D'UNE VALVULE CARDIAQUE

**COORDONNÉES**

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

Téléphone : 1-866-442-3098  
Télécopieur : 1-866-889-9925  
Courriel : [group\\_life\\_claims@cooperators.ca](mailto:group_life_claims@cooperators.ca)

**DIRECTIVES**

Écrire lisiblement en lettres moulées et remplir toutes les sections pour éviter tout retard dans le traitement de la demande.

Votre spécialiste doit remplir la section confidentielle sur les renseignements médicaux.

Les frais exigés pour remplir ce formulaire sont à votre charge.

Les affections indiquées ci-dessus pourraient ne pas être couvertes par votre police. **Veillez consulter votre contrat d'assurance collective pour savoir si votre affection est couverte.**

**Le cabinet médical doit retourner le formulaire rempli directement à Co-operators par courriel, par télécopieur ou par la poste (document original) aux coordonnées ci-contre.**

**1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT OU LA PATIENTE (À REMPLIR PAR LE PATIENT OU LA PATIENTE)**

Patient-e \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_  
Prénom Initialle Nom de famille JJ/MMM/AAAA

Groupe \_\_\_\_\_ Compte \_\_\_\_\_ Certificat \_\_\_\_\_

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

1. **Veillez joindre une copie du dossier médical, des rapports d'examen (résultats d'ECG ou angiographie préopératoire), des diagnostics, des rapports de consultations, des rapports chirurgicaux ou pathologiques, et des résumés d'hospitalisation.**

2. Quel est votre diagnostic?

---

---

---

3. Quel type de chirurgie est nécessaire pour ce patient ou cette patiente?

---

---

---

4. Y a-t-il eu des symptômes qui ont mené à la recommandation de cette chirurgie?  Oui  Non

Si oui, type, gravité et date de début des symptômes :

Symptôme	Date de début JJ/MMM/AAAA	Gravité

5. Examens ou actes effectués pour poser le diagnostic avant la chirurgie :

---

---

---

6. Date de la première consultation avec vous pour cette affection \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

7. Date du diagnostic \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

8. Date de réception du diagnostic par le patient ou la patiente \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

## 2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (SUITE)

9. Type et date de chirurgie réalisée. (Par exemple, dans le cas d'un pontage aortocoronarien, veuillez indiquer le nombre de sites et de greffes.)

---

---

---

10. Protocole thérapeutique après la chirurgie :

---

---

---

11. Adresse de l'hôpital où la chirurgie a eu lieu, nom du chirurgien ou de la chirurgienne, et nom des autres consultantes et consultants impliqués dans le traitement :

---

---

---

12. À votre connaissance, y a-t-il des antécédents d'hypertension artérielle, d'hypercholestérolémie, de douleurs thoraciques, de diabète ou d'autres signes précurseurs d'une maladie cardiaque chez ce patient ou cette patiente?  Oui  Non

Si oui, précisions et dates :

---

---

---

13. Y a-t-il des maladies connexes dans les antécédents familiaux du patient ou de la patiente?  Oui  Non

Si oui, précisions :

---

---

---

14. Y a-t-il des facteurs présents dans les habitudes, les antécédents médicaux personnels ou les antécédents familiaux du patient ou de la patiente qui auraient pu augmenter le risque de son affection ou y contribuer? Si oui, précisions :

---

---

---

15. Est-ce que le patient ou la patiente consomme ou a déjà consommé une forme quelconque de tabac, de marijuana, de produits à la nicotine ou de substituts de nicotine (notamment les cigarettes, les cigarillos, les cigares, les pipes, le tabac à chiquer, le tabac à priser, les gommes ou les timbres à la nicotine ou tout autre produit à la nicotine)?  Oui  Non

Si oui, de quels produits s'agit-il? \_\_\_\_\_

Nombre ou quantité consommée par jour \_\_\_\_\_ Date de la dernière consommation \_\_\_\_\_

JJ/MMM/AAAA

16. Nom et adresse des médecins, spécialistes et hôpitaux où la patiente ou le patient a été dirigé ou traité pour son affection :

---

---

17. Veuillez fournir toute autre information que vous jugez pertinente pour la demande de règlement de votre patient ou patiente :

---

---

---

### 3. RENSEIGNEMENTS SUR LE OU LA MÉDECIN ET AUTORISATION

J'atteste que les renseignements inscrits dans ce formulaire sont vrais, complets et exacts. Je reconnais que ces renseignements seront conservés dans un dossier de règlement aux bureaux de l'assureur et que le patient ou la patiente ou tout autre tiers autorisé pourraient y avoir accès.

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).

Le contrat prévoit que toute affection couverte doit être diagnostiquée par un ou une médecin autre que :

- a) la personne assurée,
- b) une personne ayant un lien de parenté avec la personne assurée,
- c) un ou une partenaire d'affaires de la personne assurée.

Votre lien avec la personne assurée correspond-il à « a) », « b) » ou « c) »?  Oui  Non

Médecin \_\_\_\_\_  
Prénom Initialle Nom de famille

Spécialité \_\_\_\_\_

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

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

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

Timbre du ou de la médecin

#### 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 [www.cooperators.ca](http://www.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).