

COORDONNÉES

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

Tél. : 1-866-442-3098
Télec. : 1-866-889-9925
Courriel : group_life_claims@cooperators.ca

DIRECTIVES

Écrire lisiblement en lettres moulées et remplir chaque section pour éviter tout retard dans le traitement de la demande.

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

Les frais exigés pour remplir ce formulaire sont à la charge du parent ou de la tutrice ou du tuteur légal.

L'affection indiquée ci-dessus pourrait ne pas être couverte par votre police. **Veuillez consulter votre contrat d'assurance 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 _____ Initiale _____ Nom de famille _____ JJ/MM/AAAA

Groupe _____ Compte _____ Certificat _____

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

1. Veuillez joindre une copie du dossier médical, des rapports d'examen (y compris test M-CHAT [Modified Checklist for Autism in Toddlers], test ADI-R [Autism Diagnostic Interview-Revised], test ADOS [Autism Diagnostic Observation Scale], et examens médicaux ou neurologiques), des résumés d'hospitalisation, ainsi que des rapports d'entretiens, d'observations, d'évaluations et de consultations.

2. Quel est votre diagnostic?

☐ Autisme	Date du diagnostic _____ JJ/MM/AAAA
☐ Syndrome d'Asperger	Date du diagnostic _____ JJ/MM/AAAA
☐ Trouble du spectre de l'autisme	Date du diagnostic _____ JJ/MM/AAAA
☐ Trouble envahissant du développement	Date du diagnostic _____ JJ/MM/AAAA
☐ Indéterminé	Date du diagnostic _____ JJ/MM/AAAA
☐ Autre _____	Date du diagnostic _____ JJ/MM/AAAA

3. Date à laquelle ce diagnostic a été abordé pour la première fois avec le parent, ou la tutrice ou le tuteur légal _____
JJ/MM/AAAA

4. Êtes-vous le médecin habituel ou la médecin habituelle? ☐ Oui ☐ Non

Si non, nom et adresse du médecin habituel ou de la médecin habituelle :

5. Veuillez énumérer les symptômes qui ont mené à une consultation avec vous pour cette maladie. Indiquez la date d'apparition et la gravité de chaque symptôme :

Symptôme	Date d'apparition	Gravité
	_____ JJ/MM/AAAA	
	_____ JJ/MM/AAAA	
	_____ JJ/MM/AAAA	
	_____ JJ/MM/AAAA	
	_____ JJ/MM/AAAA	

6. Quel âge avait l'enfant lorsqu'en raison des symptômes, un ou une spécialiste (psychologue, pédiatre spécialiste en développement, neuropédiatre) a envisagé pour la première fois un diagnostic d'autisme?

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (SUITE)

7. Parmi les signes et comportements ci-dessous, cochez ceux qui ont mené au renvoi vers un ou une spécialiste (psychologue, pédiatre spécialiste en développement, neuropédiatre) :

INTERACTIONS SOCIALES

- ☐ Altération marquée dans l'utilisation, pour réguler les interactions sociales, de comportements non verbaux multiples, tels que le contact oculaire, la mimique faciale, les postures corporelles, les gestes
- ☐ Incapacité à établir des relations avec les pairs correspondant au niveau de développement
- ☐ Ne cherche pas spontanément à partager ses plaisirs, ses intérêts ou ses réussites avec d'autres personnes (p. ex. ne cherche pas à montrer, à désigner du doigt ou à apporter les objets qui l'intéresse)
- ☐ Manque de réciprocité sociale et émotionnelle

COMMUNICATION

- ☐ Retard ou absence de développement du langage parlé

HABILETÉS MOTRICES

- ☐ Maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs (p. ex. battements ou torsions des mains ou des doigts, mouvements complexes de tout le corps)

AUTRE

- ☐ Jeu symbolique ou fondé sur l'imaginaire
- ☐ Caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités
- ☐ Autre : _____

8. Date de la première consultation avec vous pour cette maladie _____

JJ/MMM/AAAA

9. Quels examens ont été effectués pour poser le diagnostic?

10. Veuillez fournir des précisions sur le traitement actuel, et indiquer les dates ainsi que les circonstances des examens et des soins pratiqués en milieu hospitalier :

11. Est-ce que l'enfant a été orienté vers un établissement de traitement, un centre médical spécialisé ou un ou une spécialiste de la santé pour recevoir un traitement continu? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisions (incluant les dates et l'établissement) :

12. Y a-t-il des membres de la famille (par le sang) qui ont déjà souffert d'une maladie semblable ou connexe? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lien de parenté, nature de la maladie et âge auquel la maladie a été diagnostiquée :

13. Dans les antécédents médicaux personnels ou les antécédents familiaux, y a-t-il des affections ou des états de santé qui auraient pu contribuer à la maladie (p. ex. blessure à la naissance ou avant celle-ci, hypoxie, maladie mitochondriale, trouble génétique ou autre)?

14. Nom et adresse des médecins, spécialistes et hôpitaux où la patiente ou le patient a été dirigé ou traité pour son affection (incluant les dates et la raison de la consultation) :

15. Veuillez fournir toute autre information que vous jugez pertinente pour la demande de règlement :

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.

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/MM/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. 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.