co-operators
Placements. Assurances. Conseils.

ASSURANCE COLLECTIVE
DÉCLARATION MÉDICALE EN CAS DE MALADIE GRAVE
MALADIES CONGÉNITALES DU CŒUR

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

Téléc. : 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 _____ (Prénom) _____ (Initiale) _____ (Nom de famille) Date de naissance _____ (JJ/MMM/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'examens (y compris échocardiogramme ou échocardiographie transœsophagienne [eto], cathétérisme cardiaque, radiographie thoracique, ECG, IRM), des analyses de laboratoire, des diagnostics, des rapports de consultations et des résumés d'hospitalisation.**

2. Quel est le diagnostic?

3. Date du diagnostic _____ (JJ/MMM/AAAA)

4. Le diagnostic a-t-il été posé par un ou une cardiologue pédiatrique au Canada? ☐ Oui ☐ Non

   Nom du ou de la médecin : _____

5. Date à laquelle le diagnostic ou la possibilité d'un diagnostic de maladies congénitales du cœur a été abordé pour la première fois avec le parent, ou la tutrice ou le tuteur légal _____ (JJ/MMM/AAAA)

6. Quand le diagnostic a-t-il été posé? ☐ Avant la naissance ☐ Après la naissance

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

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

8. Parmi ce qui suit, qu'est-ce qui a été observé et a mené au diagnostic :

   ☐ Se fatigue facilement
   ☐ Respiration rapide
   ☐ Mauvaise circulation sanguine
   ☐ Cyanose
   ☐ Autre (p. ex. échographie prénatale) _____

9. Date de la première consultation avec vous pour cette maladie _____ (JJ/MMM/AAAA)

10. Veuillez décrire le tableau clinique actuel et le protocole de traitement :

1900 ALBERT STREET REGINA SK S4P 4K8
Co-operators[MD] est une marque déposée du Groupe Co-operators limitée.

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (SUITE)

11. Y a-t-il des maladies connexes dans les antécédents familiaux? ☐ Oui ☐ Non

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

12. Y a-t-il des facteurs présents dans les antécédents familiaux ou les antécédents médicaux personnels (incluant les antécédents prénataux et en lien avec la naissance, et les antécédents maternels ou chromosomiques) qui auraient pu augmenter le risque de l'affection ou y contribuer? Si oui, précisions :

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

14. 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

Timbre du ou de la médecin

Médecin _____ (Prénom) _____ (Initiale) _____ (Nom de famille)

Spécialité _____

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

Téléphone _____ Télécopieur _____

Signature _____ Date _____ (JJ/MMM/AAAA)

1900 ALBERT STREET REGINA SK S4P 4K8
Co-operators[MD] est une marque déposée du Groupe Co-operators limitée.

3. RENSEIGNEMENTS SUR LE OU LA MÉDECIN ET AUTORISATION (SUITE)

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. 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.

1900 ALBERT STREET REGINA SK S4P 4K8

Co-operators[MD] est une marque déposée du Groupe Co-operators limitée.