co-operators
Placements. Assurances. Conseils.

ASSURANCE COLLECTIVE
DÉCLARATION MÉDICALE EN CAS DE MALADIE GRAVE PERTE D'AUTONOMIE

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

DIRECTIVES

Écrire lisiblement en lettres moulées et remplir toutes les sections 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 votre charge.

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, des diagnostics, des rapports de consultations et des résumés d'hospitalisation.**

2. Veuillez indiquer ce qui suit :

   Diagnostic primaire _____ Début des symptômes _____ (JJ/MMM/AAAA)

   Diagnostic secondaire _____ Début des symptômes _____ (JJ/MMM/AAAA)

3. Date à laquelle le patient ou la patiente a reçu le diagnostic _____ (JJ/MMM/AAAA)

4. Date de la première consultation avec vous _____ (JJ/MMM/AAAA)

5. Quels étaient les symptômes du patient ou de la patiente?

6. Y a-t-il eu un élément déclencheur pour ce diagnostic (accident, tentative de suicide, drogue, alcool, etc.)?

7. Degré d'assistance requis pour les activités de la vie quotidienne décrites ci-dessous.
   Cochez une seule case par activité selon les capacités actuelles de votre patient ou patiente.

   Se laver – capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires.
   Se vêtir – capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris les orthèses, les membres artificiels ou d'autres accessoires chirurgicaux.
   Se servir des toilettes – capacité d'aller aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle.
   Être continent·e – capacité de gérer les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à conserver un niveau raisonnable d'hygiène personnelle.
   Se mouvoir – capacité de se lever du lit, de se coucher, de s'asseoir et de se lever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'équipement d'appoint.
   Se nourrir – capacité de consommer de la nourriture qui a été préparée et servie, avec ou sans l'aide d'ustensiles adaptés.

Activité de la vie quotidienne	Pas besoin d'assistance	Besoin d'un peu d'assistance	Besoin d'assistance directe	Date à laquelle le besoin d'assistance est apparu (JJ/MMM/AAAA)
Se laver				
Se vêtir				
Se servir des toilettes				
Être continent·e				
Se mouvoir				
Se nourrir				

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

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (SUITE)

8. Capacité du patient ou de la patiente à effectuer ces activités :

9. Un diagnostic de déficit cognitif a-t-il été posé? ☐ Oui ☐ Non

   Si oui, préciser le diagnostic : _____

   Date des premiers symptômes _____
   JJ/MMM/AAAA

   Examens complémentaires réalisés _____

10. Quel est le degré de déficit cognitif?

    ☐ Aucun déficit cognitif

    ☐ Léger déficit cognitif

    ☐ Grave déficit cognitif (le patient ou la patiente a besoin d'une supervision constante et de rappels pour protéger sa santé et sa sécurité)

11. Y a-t-il des maladies connexes dans les antécédents familiaux de votre patient ou patiente, ou d'autres antécédents familiaux pertinents? ☐ Oui ☐ Non

    Si oui, précisions :

12. Y a-t-il des facteurs présents dans les habitudes, les antécédents médicaux personnels ou les antécédents familiaux qui auraient pu augmenter le risque de l'affection ou y contribuer? ☐ Oui ☐ Non

    Si oui, précisions :

13. 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

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

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

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

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

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.

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