

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (SUITE)

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

7. Quel est le traitement entrepris pour cette affection?

8. Veuillez indiquer votre pronostic quant aux éventualités suivantes :

a) Rétablissement partiel de la parole

b) Rétablissement complet de la parole

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

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

10. Est-ce que cette affection est attribuable à d'autres facteurs tels un accident vasculaire cérébral, une tumeur, un cancer ou une autre affection OU est-ce que l'incident/la chirurgie découle de l'absorption de drogues ou médicaments (prescrits ou non), de la prise d'alcool, d'une injection par voie intraveineuse, d'une affection mentale ou nerveuse ou d'une automutilation? Oui Non

Si oui, précisions :

11. 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 :

12. 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

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

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. 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.