

DÉCLARATION DU PROMOTEUR DE RÉGIME

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.

Clientèle non facturée par Co-operators : joindre une copie de la demande d'adhésion du participant ou de la participante et du rapport de facturation.

Si le montant d'assurance est établi en fonction du salaire, joindre une copie du talon de paie du participant ou de la participante pour la dernière période de paie complète.

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT OU LA PARTICIPANTE

Participant-e _____
Prénom Initial Nom de famille

Groupe _____ Compte _____ Certificat _____

Date de naissance _____
JJ/MMM/AAAA

Date d'entrée en service _____ JJ/MMM/AAAA
 Dernier jour travaillé _____ JJ/MMM/AAAA
 Date du retour au travail _____ JJ/MMM/AAAA

La participante ou le participant a-t-il cessé de travailler en raison d'une maladie au cours des 24 derniers mois ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, raison de son arrêt de travail _____

Poste occupé par le participant ou la participante lors du dernier jour travaillé _____

Catégorie ou affiliation syndicale du participant ou de la participante (le cas échéant) _____

La participante ou le participant est : ☐ Payé à l'heure ☐ Salarié ☐ Payé à la commission Statut d'emploi : ☐ À temps plein ☐ À temps partiel

2. RENSEIGNEMENTS SUR LES REVENUS ET LES GARANTIES (JOINDRE UNE COPIE DU TALON DE PAIE POUR LA DERNIÈRE PÉRIODE DE PAIE COMPLÈTE)

Salaire brut du participant ou de la participante _____ \$ ☐ Horaire ☐ Hebdomadaire ☐ À la quinzaine ☐ Bimensuel ☐ Mensuel ☐ Annuel
(Sans les heures supplémentaires, les commissions et les bonis)

Date d'effet du salaire _____
JJ/MMM/AAAA

3. DÉCLARATION

Nom du promoteur du régime _____

Téléphone _____ Cellulaire _____ Télécopieur _____

Adresse _____
N° et rue Ville Province Code postal

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.

Formulaire rempli par _____ Titre _____
Nom (en lettres moulées)

Je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts et complets.

Signataire autorisé-e _____ Date _____
JJ/MMM/AAAA

4. PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

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.