

DEMANDE DE DÉPÔT DIRECT PRESTATIONS D'INVALIDITÉ ASSURANCE COLLECTIVE

Pour éviter tout retard, inscrire les renseignements demandés au stylo et en lettres moulées.

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Pour bénéficier du dépôt direct des prestations, vous n'avez qu'à remplir le formulaire ci-dessous et à nous le renvoyer.

Le dépôt direct permet à Co-operators de verser vos prestations directement à votre institution financière. Ce service est très commode puisque vos prestations sont versées automatiquement dans votre compte dans les trois jours ouvrables. En cas de changement de compte, donnez-nous un préavis d'au moins trois semaines afin d'éviter tout retard de versement.

Adressez le formulaire dûment rempli à :

Service des règlements invalidité
Co-operators Compagnie d'assurance-vie
1900 Albert Street
Regina, SK S4P 4K8
Télec. : 1-866-889-9926

2. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

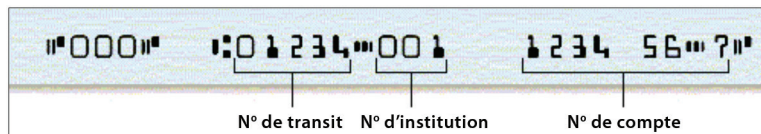
Groupe _____ Compte _____ Certificat _____

Participant _____
Prénom Initial Nom de famille

Adresse _____
N° et rue Ville Province Code postal

Nom de l'institution financière _____

Veillez joindre un spécimen de chèque. Autrement, inscrivez vos coordonnées bancaires (elles figurent sur vos chèques de la façon suivante) :



N° de transit _____
(5 chiffres)

Institution financière _____
(3 chiffres)

N° de compte _____
(12 chiffres max)

3. PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE ET AUTORISATION

Co-operators Compagnie d'assurance-vie et la protection de la vie privée

Co-operators reconnaît et respecte l'importance de la protection de la vie privée. Lorsque vous présentez une demande d'assurance ou ouvrez un compte chez nous, nous vous demandons votre consentement pour recueillir, utiliser, conserver et partager vos renseignements personnels. Nous vous indiquons de quelles informations nous avons besoin, ce que nous en ferons et avec qui nous les partagerons. Nous ouvrons un dossier confidentiel pour recueillir, utiliser, conserver et partager vos renseignements personnels dans le but de confirmer votre identité, étudier vos besoins d'assurance et déterminer la pertinence de nos produits et services pour vous, évaluer votre demande d'assurance, établir et administrer votre police, y compris l'évaluation et le traitement des réclamations, administrer vos placements, remplir nos obligations contractuelles et réglementaires à votre endroit, détecter et prévenir la fraude et enfin, procéder à des analyses commerciales et statistiques. Nous ne partageons vos renseignements personnels à aucune autre fin, excepté si vous nous donnez votre consentement ou si la loi nous y oblige.

Nous pouvons vous parler de produits et services qui pourraient vous intéresser. Vous pouvez nous dire quelle information vous désirez recevoir de notre part et retirer votre consentement comme bon vous semble. Vous pouvez accéder à vos renseignements personnels et les corriger, au besoin, en nous transmettant une demande par écrit.

Nous avons permis l'accès à vos renseignements personnels uniquement à nos employés 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, d'entreposage, d'analyse et de rétablissement par suite d'un sinistre hors du Canada. La loi pourrait les obliger à divulguer vos renseignements personnels à des cours de justice, des gouvernements ou des organismes de réglementation hors du Canada. Afin de protéger vos renseignements personnels, nous nous assurons que des dispositions de sécurité et de protection de la vie privée soient incluses dans tous nos contrats avec nos 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 le partage de vos renseignements personnels, communiquez avec le responsable de la protection de la vie privée de Co-operators au 1-888-887-7773 ou par courriel à privacy@cooperators.ca

J'autorise par la présente Co-operators à verser les prestations d'invalidité directement dans mon compte et à communiquer à mon institution financière tout renseignement financier pertinent à cette fin. Cette autorisation demeure en vigueur jusqu'à ce que je la révoque par écrit. Une copie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

Signature du participant _____ Date _____
JJ/MM/AAAA