

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

Les frais exigés pour remplir ce formulaire sont à la charge du participant ou de la participante.
Les renseignements médicaux doivent être fournis par le médecin traitant ou la médecin traitante.
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 PARTICIPANT OU LA PARTICIPANTE ET AUTORISATION (À REMPLIR PAR LE PARTICIPANT OU LA PARTICIPANTE)

Participant-e _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____

Groupe _____ Compte _____ Certificat _____

Promoteur du régime/Employeur _____ Téléphone _____

Date de naissance _____
JJ/MMM/AAAA

Par la présente, j'autorise mon ou ma médecin à transmettre tout renseignement médical à l'appui de ma demande de prestations d'invalidité à l'administrateur du régime, à l'arbitre du régime et à mon assureur. Je comprends qu'il m'incombe de me procurer ce formulaire et de payer les frais exigés par mon ou ma médecin pour le remplir.

Signature du ou de la participant-e _____ Date _____
JJ/MMM/AAAA

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (À REMPLIR PAR LE OU LA MÉDECIN)

Joindre une copie de vos notes de consultation, des résultats des tests effectués et des rapports de consultation.

1. Diagnostic _____ Date du diagnostic _____
JJ/MMM/AAAA

2. Date de l'accident (le cas échéant) _____
JJ/MMM/AAAA

Nature de la blessure (endroit et gravité)

Date du premier traitement pour cette blessure _____
JJ/MMM/AAAA

3. Mutilation Main Pied Bras Jambe Doigt

Selon le cas, utilisez le schéma ci-contre pour illustrer la perte et le degré d'amputation.

Date de l'amputation _____
JJ/MMM/AAAA

L'amputation était-elle nécessaire en raison de la maladie ou de l'accident mentionné? Oui Non

4. Perte de l'usage Main Bras Pied Jambe Paraplégie Hémiplégie Quadriplégie

La maladie ou l'accident a-t-il occasionné la perte totale et irrémédiable de l'usage ou la paralysie? Oui Non

Si oui, précisez

La perte de l'usage ou la paralysie persiste-t-elle depuis 12 mois consécutifs? Oui Non

5. Perte de Vue Parole Ouïe

Pourcentage de la perte _____ %

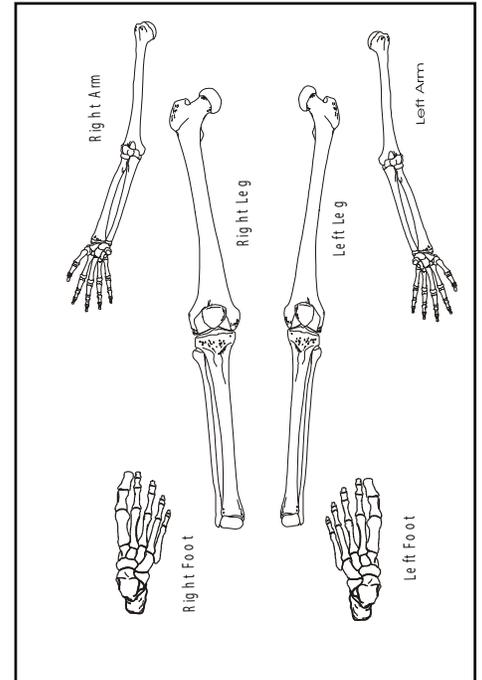
La vue, la parole ou l'ouïe peut-elle être recouverte, en tout ou en partie, par le recours à un appareil ou à un programme de réadaptation? Oui Non

Si oui, précisez

Date de la perte de la vue _____ Date de l'énucléation de l'œil (le cas échéant) _____
JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAA

Acuité visuelle avant l'accident ou la maladie : Œil droit _____ Œil gauche _____

Acuité visuelle actuelle : Œil droit _____ Œil gauche _____



2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (SUITE)

6. La perte est-elle uniquement attribuable à la maladie ou à l'accident mentionné? Oui Non

Si non, précisez toute autre cause à l'origine de la perte

3. CONFIRMATION ET AUTORISATION DU OU DE LA MÉDECIN

Je reconnais que les renseignements fournis dans ce formulaire seront conservés dans les dossiers de prestations d'invalidité de l'assureur. Il est entendu que le patient ou la patiente ou toute autre personne autorisée pourraient y avoir accès. Je consens à la divulgation des renseignements tels qu'ils figurent dans le présent formulaire, et ce, selon les conditions précitées.

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.

Médecin traitant-e (en lettres moulées) _____

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

Spécialité autorisée _____ Médecin de famille Oui Non

Téléphone _____ Télécopieur _____

Signature _____ Date _____
JJ/MMM/AAAA

Timbre du ou de la médecin

4. CONFIDENTIALITÉ

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.