

DÉCLARATION DU PROMOTEUR DE RÉGIME INTERVENTION RAPIDE ASSURANCE COLLECTIVE

COORDONNÉES

Adresse : Co-operators Compagnie d'assurance-vie
Service des réclamations, Invalidité
1900 Albert Street
Regina, SK S4P 4K8

Télééc. : 1-866-889-9926

Courriel : disability_claims_admin@cooperators.ca

DIRECTIVES

Pour éviter tout retard, fournir les renseignements demandés.

Si la maladie ou la blessure est reliée au travail, le participant doit également déposer une demande d'indemnisation à la Commission des accidents du travail (CAT) de sa province.

Retourner le formulaire rempli par courriel, par télécopieur ou par la poste (document original) aux coordonnées ci-contre.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Participant _____
Prénom Initialle Nom de famille

Groupe _____ Compte _____ Catégorie _____ Certificat _____

Date de naissance _____
JJ/MMM/AAAA

Adresse _____
N° et rue Ville Province Code postal

Téléphone _____ Cellulaire _____ Téléphone au travail _____

RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE

Classe ou affiliation syndicale à laquelle le participant appartient (le cas échéant) _____

Date d'embauche _____ Dernier jour travaillé _____ Date du retour au travail _____
JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAA

L'invalidité résulte-t-elle d'une maladie ou d'une blessure survenue dans le cadre de l'emploi? Oui Non

Si « oui », le participant a-t-il déposé une demande d'indemnisation à la Commission des accidents du travail (CAT) de sa province? Oui Non

Si « non », pourquoi?

Le participant est : Payé à l'heure Salarié Payé à la commission***

*** Les participants à la commission et les travailleurs autonomes doivent joindre le feuillet T4, l'avis de cotisation et le sommaire des dépenses pour les deux dernières années.

Salaire brut du participant _____ \$ Horaire Hebdomadaire Aux deux semaines Bimensuel Mensuel Annuel
(à l'exception des heures supplémentaires, des commissions et des primes)

Nombre d'heures travaillées au cours d'une semaine normale _____ Quels jours de la semaine le participant travaille-t-il? _____
(sans les heures supplémentaires) (p. ex. du lundi au vendredi)

S'agit-il d'un travail par quarts? Oui Non Si « oui », quel est l'horaire de l'employé? _____

Date de cessation d'emploi (le cas échéant) _____ Raison _____
JJ/MMM/AAAA

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI

Quel poste le participant occupait-il au moment de l'arrêt de travail? _____

Depuis combien de temps le participant occupait-il ce poste? _____

Veuillez décrire les tâches habituelles du participant, ainsi que toute modification apportée à celles ci, le cas échéant. **Veillez joindre une copie de la description de poste fournie par l'employeur.**

DÉCLARATION

Nom du promoteur _____

Téléphone _____ Cellulaire _____ Télécopieur _____

Nom du superviseur _____ Téléphone _____

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

Déclaration remplie par _____ Titre _____
Nom (en lettres moulées)

Je déclare que les renseignements fournis aux présentes sont exacts et complets.

Si vous désirez que Co-operators communique avec vous par courriel concernant cette demande de prestations d'invalidité, veuillez donner votre adresse de 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 l'adresse disability_claims_admin@cooperators.ca.

Signature d'une personne autorisée _____ Date _____

JJ/MMM/AAAA

CONFIDENTIALITÉ

Déclaration de confidentialité de Co-operators

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 ou de votre province de résidence. 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 révisée de protection des renseignements personnels à www.cooperators.ca/vie-privee. 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.