

ASSURANCE COLLECTIVE MALADIES GRAVES DÉCLARATION DU DEMANDEUR

GARANTIE MALADIES GRAVES

La garantie maladies graves peut notamment servir à payer les frais médicaux non assurés, rénover la maison pour la rendre accessible aux fauteuils roulants, payer les soins infirmiers, s'acquitter de ses obligations financières courantes et des dépenses comme les frais de garde d'enfants, ou effectuer les versements sur un prêt hypothécaire.

Toute prestation réputée payable au titre de la garantie maladies graves doit être versée au participant.

Vous n'êtes pas automatiquement admissible aux prestations de la garantie maladies graves. Vous y avez droit si :

- votre contrat d'assurance collective couvre la maladie ou l'affection en question;
- vous avez présenté une preuve satisfaisante de l'affection couverte, telle que définie dans votre contrat d'assurance collective;
- vous êtes toujours en vie à la fin de la période de survie définie pour l'affection couverte;
- vous avez respecté les modalités de votre contrat d'assurance collective.

En conséquence, veuillez consulter votre contrat d'assurance collective pour savoir si l'affection en question est couverte par votre régime.

LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSOUS SONT REQUIS :

Déclaration du promoteur de régime

Votre employeur doit faire parvenir ce formulaire directement à notre siège social.

Déclaration du demandeur

Ce document contient des questions d'ordre général vous concernant, et concernant votre affection et la nature de vos symptômes pour le traitement de votre demande de prestations. Veuillez répondre à toutes les questions du formulaire en prenant soin d'indiquer vos numéros de groupe et de compte.

Déclaration du médecin

Demandez au médecin désigné de remplir le formulaire. Demandez-lui également de joindre une copie de votre dossier médical, des rapports d'examen, des rapports de consultations et de tout autre renseignement médical susceptible de nous aider dans le traitement de votre demande de prestations.

Il vous incombe de fournir la preuve médicale de votre admissibilité aux prestations de la garantie maladies graves. Les honoraires que votre médecin peut exiger pour remplir les formulaires de demande de prestations sont à votre charge. Si nous lui demandons directement de nous fournir des renseignements, nous pourrions lui offrir de prendre les frais d'envoi à notre charge.

ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE

Un représentant de la compagnie d'assurance peut communiquer avec vous par téléphone pour obtenir des renseignements sur vos antécédents médicaux et votre affection actuelle.

AUTORISATION ET PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nous devons obtenir votre autorisation pour recueillir des renseignements qui nous permettront d'étudier votre demande. En signant le formulaire d'autorisation, vous nous autorisez à recueillir des renseignements auprès de vos fournisseurs de soins, d'autres assureurs, et des hôpitaux où vous avez reçu des soins.

Co-operators s'engage à protéger la vie privée de sa clientèle, ainsi que la confidentialité, l'exactitude et la sécurité des renseignements personnels recueillis, utilisés, conservés et divulgués dans le cadre de ses affaires.

Vous trouverez plus de détails sur notre politique de protection des renseignements personnels et comment communiquer avec le responsable de la protection de la vie privée à www.cooperators.ca/vie-privee.

COORDONNÉES

Pour toute question ou pour obtenir de l'aide concernant votre demande de prestations au titre de la garantie maladies graves, n'hésitez pas à communiquer avec nous au 1-866-442-3098. Veuillez avoir en main vos numéros de groupe et de compte.

ASSURANCE COLLECTIVE MALADIES GRAVES DÉCLARATION DU DEMANDEUR

COORDONNÉES

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

Tél. : 1-866-442-3098
Télec. : 1-866-889-9925
Courriel : group_life_claims@cooperators.ca

DIRECTIVES

Écrire en lettres moulées de manière lisible et remplir toutes les sections pour éviter tout retard dans le traitement de la demande.

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

L'affection en question pourrait ne pas être couverte par votre police. **En conséquence, veuillez consulter votre contrat d'assurance collective pour savoir si l'affection en question est couverte par votre régime.**

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Groupe _____ Compte _____ Certificat _____

Participant _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____ Date de naissance _____ JJ/MMM/AAAA

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

Téléphone _____

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 l'adresse group_life_claims@cooperators.ca.

2. RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR (À REMPLIR SI DIFFÉRENT DU PARTICIPANT)

☐ Conjoint ☐ Enfant à charge

Demandeur _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____ Date de naissance _____ JJ/MMM/AAAA

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

Téléphone _____

3. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

1. Indiquez le diagnostic prononcé :

2. Date du diagnostic _____
JJ/MMM/AAAA

3. Date à laquelle l'assuré a été informé du diagnostic _____
JJ/MMM/AAAA

4. Nom et adresse du médecin ayant prononcé le diagnostic :

5. S'agissait-il du médecin de famille de l'assuré? ☐ Oui ☐ Non

Dans la négative, qui a dirigé le participant vers ce médecin? _____

Veuillez indiquer le nom complet et l'adresse de ce médecin, ainsi que du médecin de famille :

3. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (SUITE)

6. Veuillez énumérer les symptômes qui ont mené à la première consultation pour cette maladie. Veuillez indiquer la date de début et la gravité de chaque symptôme :

Symptôme	Date de début JJ/MMM/AAAA	Gravité

7. Date à laquelle un médecin a été consulté pour la première fois au sujet de cette maladie _____
JJ/MMM/AAAA

8. Nom et adresse du médecin consulté en premier :

9. Date de début du traitement _____
JJ/MMM/AAAA

10. Veuillez préciser en quoi consiste le traitement actuel et donner les dates et les détails relatifs à tout examen médical ou à toute hospitalisation :

11. Le participant a-t-il été orienté vers des établissements de traitement, des centres médicaux ou des professionnels de la santé spécialisés pour un traitement continu? ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer où :

12. L'assuré a-t-il déjà souffert d'une affection semblable ou connexe? ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser et indiquer les dates :

13. Des membres de sa famille (par le sang) ont-ils déjà présenté une affection semblable ou connexe? ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser le lien de parenté, la nature de l'affection et l'âge auquel l'affection a été diagnostiquée :

·
·
·

14. L'assuré fait-il usage ou a-t-il déjà fait usage des produits suivants : tabac sous une forme quelconque, marijuana, produits à la nicotine ou substituts de nicotine (par « produits à la nicotine », on entend cigarette, cigarillo, cigare, pipe, tabac à mâcher, tabac à priser, gomme ou timbre à la nicotine ou tout autre produit à la nicotine)? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, de quel(s) produit(s) s'agit-il? _____

Nombre ou quantité consommée par jour : _____ Date de la dernière consommation : _____
JJ/MMM/AAAA

15. Veuillez indiquer les nom et adresse de tous les médecins qui ont traité l'assuré ou de tous les hôpitaux où il a reçu un traitement pour cette affection (avec mention des dates et des raisons) :

4. OPTIONS DE RÈGLEMENT

Je demande que toute somme payable aux termes de cette garantie soit versée comme suit :

☐ Dépôt direct* – **Joindre un spécimen de chèque personnel portant la mention « NUL »**

☐ Chèque

* Le dépôt direct nous permet de verser votre prestation directement à votre institution financière.

5. AUTORISATION

J'ai lu et compris la section intitulée « Confidentialité » et j'autorise la collecte, l'utilisation et la communication de mes renseignements personnels aux fins précisées ci-dessus. Par la présente, je demande d'adhérer au régime d'assurance collective et j'autorise la déduction sur ma paie et la remise à Co-operators de toute cotisation requise aux termes du régime. J'autorise mon employeur, l'administrateur du régime d'assurance collective, Co-operators ou ses conseillers en sécurité financière, ou toute autre personne ou organisation détenant des renseignements pertinents sur moi-même, mon conjoint ou mes personnes à charge à transmettre tous les renseignements nécessaires pour établir mon droit aux prestations et administrer le régime.

Je confirme être dûment autorisé à répondre au nom de mon conjoint ou de mes personnes à charge. Je déclare que les renseignements fournis sont vrais, complets et exacts. Une copie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

Signé à _____ le _____ jour de _____ 20 _____
Ville, Province Jour Mois Année

Nom du participant Signature du participant Lien avec le demandeur _____

Nom du demandeur* Signature du demandeur*

*Requis si le participant n'est pas le demandeur et que le demandeur a plus de 16 ans.

6. 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 de protection des renseignements personnels et comment communiquer avec le responsable de la protection de la vie privée à www.cooperators.ca/vie-privee.