

PROGRAMME DE RENFORCEMENT DE L'ASSIDUITÉ

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

ASSURANCE COLLECTIVE

COORDONNÉES

Adresse : Co-operators Compagnie d'assurance-vie
Réclamations invalidité
1900 Albert Street
Regina, SK S4P 4K8

Télécopieur : 1-866-889-9926

Courriel : disability_claims_admin@cooperators.ca

DIRECTIVES

Pour éviter tout retard, fournir les renseignements demandés.

Les frais demandés pour remplir ce formulaire ou pour fournir des renseignements médicaux s'y rapportant sont à la charge du participant.

Les renseignements médicaux doivent être fournis par le médecin traitant.

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

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT ET AUTORISATION (À REMPLIR PAR LE PARTICIPANT)

Participant/employé _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____

Groupe _____ Compte _____ Certificat _____

Nom de l'employeur/du promoteur de régime _____ Téléphone _____

Date de naissance _____ Taille _____ Poids _____
JJ/MMM/AAAA

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.

Par la présente, j'autorise mon médecin à divulguer les renseignements médicaux à l'appui de ma demande de prestations d'invalidité à l'administrateur du régime, à l'organisme de règlement et à mon assureur. Je comprends qu'il m'incombe de me procurer le présent formulaire et de payer les frais exigés par mon médecin pour le remplir. Les renseignements médicaux et sur la santé excluent les résultats de tests génétiques.

Signature du participant _____ Date _____
JJ/MMM/AAAA

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (À REMPLIR PAR LE MÉDECIN)

Veuillez inclure une copie des notes de consultation, des résultats de tests et des rapports de consultation pour l'année qui précède.

Étiez-vous au courant du manque d'assiduité au travail de votre patient? Oui Non

Si oui, votre patient a-t-il fourni des documents pour justifier les journées d'absence du travail? Oui Non

Votre patient est-il atteint d'une affection médicale qui l'empêche de se présenter au travail de façon constante? Oui Non

Diagnostic primaire _____

Diagnostic secondaire _____

Date d'apparition des premiers symptômes _____ JJ/MMM/AAAA Date de la première consultation pour l'affection actuelle _____ JJ/MMM/AAAA

L'affection est-elle considérée comme chronique? Oui Non

Connaissez-vous les tâches à accomplir par le patient dans le cadre de sa profession? Oui Non

RESTRICTIONS ET LIMITATIONS

Veuillez décrire les restrictions et limitations actuelles de votre patient qui l'empêchent de se présenter au travail de façon constante _____

Veuillez indiquer tout autre facteur social ou non médical qui pourrait expliquer le manque d'assiduité au travail du patient _____

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.