

ASSURANCE COLLECTIVE EXONÉRATION DES PRIMES D'ASSURANCE VIE DÉCLARATION MÉDICALE

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 Initialle Nom de famille

Groupe _____ Compte _____ Certificat _____

Promoteur du régime/Employeur _____ Téléphone _____

 Date de naissance _____ Taille _____ pi/po cm Poids _____ lb kg
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.
DIAGNOSTIC

Primaire _____

Secondaire _____

DSM-IV, le cas échéant Axe I _____ Axe II _____ Axe III _____ Axe IV _____

 EGF actuelle _____ EGF antérieure _____ Date _____
JJ/MMM/AAAA

Symptômes (gravité, fréquence et durée) _____

 Date d'apparition des premiers symptômes ou date de l'accident _____
JJ/MMM/AAAA

Examens (ECG, radiographies, tests de laboratoires, etc.)	Date des examens	Résumé des résultats (joindre une copie de tous les rapports disponibles)

 D'autres examens sont-ils prévus? Oui Non Si oui, nature et date des examens _____

 Tension artérielle _____ Date _____
JJ/MMM/AAAA

 L'invalidité résulte-t-elle d'une blessure ou d'une maladie survenue dans le cadre du travail? Oui Non Ne sais pas

Si oui, fournir des précisions _____

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (SUITE)

Dans le cas d'une grossesse, date prévue de l'accouchement _____
JJ/MMM/AAAA

Date de la première consultation pour l'affection actuelle _____
JJ/MMM/AAAA

Depuis la première consultation, à quelle fréquence voyez-vous ce patient ou cette patiente? Toutes les semaines Toutes les deux semaines
 Tous les mois

Date de la dernière consultation _____ JJ/MMM/AAAA Date de la prochaine consultation _____ JJ/MMM/AAAA

La patiente ou le patient a-t-il déjà présenté la même affection ou une affection similaire? Oui Non Ne sais pas

Si oui, quelle est la cause de l'arrêt de travail? _____

L'affection est-elle considérée comme chronique? Oui Non Si oui, quelle est la cause de l'arrêt de travail? _____

Date de l'arrêt de travail en raison de l'affection actuelle _____
JJ/MMM/AAAA

TRAITEMENT

Nom du médicament	Posologie	Date de début	Raison du changement de médicament, s'il y a lieu

Physiothérapie : Oui Non Si oui, fréquence : Quotidienne 3 fois par semaine Hebdomadaire Autre _____

Indiquer les dates d'hospitalisation : Du _____ JJ/MMM/AAAA au _____ JJ/MMM/AAAA Nom de l'établissement _____

Du _____ JJ/MMM/AAAA au _____ JJ/MMM/AAAA Nom de l'établissement _____

Chirurgie : Oui Non Si oui, type d'intervention _____ Date : Pratiquée Prévüe _____ JJ/MMM/AAAA

Fournisseur-euse de soins	Spécialité	Date des examens

Avez-vous l'intention de diriger le patient ou la patiente vers d'autres spécialistes ou une consultation est-elle déjà prévue? Oui Non

Veuillez préciser _____

Autres traitements ou plans de traitement à venir (indiquer les dates) _____

Durée prévue du programme de traitement _____

Réponse au traitement _____

La patiente ou le patient adhère-t-il au programme de traitement recommandé? Oui Non

Si non, veuillez préciser _____

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (SUITE)

RESTRICTIONS ET LIMITATIONS

Connaissez-vous les tâches professionnelles du patient ou de la patiente? Oui Non

Quelles sont ses restrictions et limitations actuelles?

Physiques _____

Psychiatriques/Cognitives _____

Ces limitations ou restrictions médicales empêchent-elles votre patient-e d'exercer d'autres activités, y compris les activités de la vie quotidienne? Oui Non

Si oui, veuillez préciser _____

La patiente ou le patient est-il apte à gérer ses propres affaires? Oui Non

La patiente ou le patient s'est-il vu retirer son permis de conduire en raison de son affection, ou son permis a-t-il été restreint? Oui Non

Existe-t-il des facteurs sociaux ou autres qui pourraient avoir une influence sur la convalescence ou le retour au travail de votre patient-e?

PRONOSTIC

Pronostic quant au progrès et au rétablissement (avec mention des dates) _____

Quels objectifs de retour au travail ont été discutés avec votre patient-e? _____

Si votre patient-e n'est pas en mesure de reprendre ses fonctions habituelles, précisez à quel moment et à quelles conditions il ou elle pourra retourner au travail (p. ex. fonctions modifiées, retour progressif au travail) _____

AUTRES COMMENTAIRES

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) _____

Spécialité autorisée _____ Médecin de famille Oui Non

Adresse _____
N° et rue Ville Province Code postal

Téléphone _____ Télécopieur _____

Timbre du ou de la médecin

Signature _____

Date _____

JJ/MMM/AAAA

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.