

ASSURANCE COLLECTIVE

EXONÉRATION DES PRIMES D'ASSURANCE VIE

DÉCLARATION DU PARTICIPANT OU DE LA PARTICIPANTE

COORDONNÉES
DIRECTIVES

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

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

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT OU LA PARTICIPANTE

Participant-e _____
Prénom Initial Nom de famille

Groupe _____ Compte _____ Certificat _____

Promoteur du régime/Employeur _____ Téléphone _____

Date de naissance _____ Taille _____ ☐ pi/po ☐ cm Poids _____ ☐ lb ☐ kg
JJ/MM/AAAA

Adresse _____
N° et rue Ville Province Code postal

Téléphone _____ Cellulaire _____

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.

2. RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

Décrivez votre état de santé actuel, ses causes et vos antécédents médicaux.

Date de début des symptômes _____ Date du premier traitement pour cette maladie/blessure _____
JJ/MM/AAAA JJ/MM/AAAA

Votre état de santé vous empêche de travailler depuis le _____
JJ/MM/AAAA

Avez-vous déjà eu une blessure ou une maladie similaire auparavant? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, décrivez votre affection et indiquez la date de début, les traitements reçus et la durée de l'arrêt de travail causé par ce problème de santé.

Inscrivez le nom de toutes ou tous les médecins consultés pour votre affection actuelle (s'assurer qu'une copie des rapports de spécialistes a été fournie) :

Médecin	Adresse	Dates de consultation		Date du prochain rendez-vous
		Du	Au	
		_____ JJ/MM/AAAA	_____ JJ/MM/AAAA	_____ JJ/MM/AAAA
		_____ JJ/MM/AAAA	_____ JJ/MM/AAAA	_____ JJ/MM/AAAA
		_____ JJ/MM/AAAA	_____ JJ/MM/AAAA	_____ JJ/MM/AAAA

Dates d'hospitalisation Du _____ au _____
JJ/MM/AAAA JJ/MM/AAAA

2. RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT (SUITE)

Votre médecin vous a-t-il ou vous a-t-elle demandé de restreindre vos activités d'une façon quelconque?

☐ Oui
☐ Non

Si oui, que vous a-t-il ou que vous a-t-elle dit à ce sujet?

Comment ces restrictions nuisent-elles à l'exercice de vos tâches professionnelles?

Avez-vous discuté d'un retour au travail avec votre employeur?

☐ Oui
☐ Non

☐ Propre profession

Date JJ/MMM/AAAA

☐ Profession modifiée

Date JJ/MMM/AAAA

☐ Temps partiel

Date JJ/MMM/AAAA

☐ Temps plein

Date JJ/MMM/AAAA

Avez-vous discuté d'un retour au travail avec votre médecin?

☐ Oui
☐ Non

☐ Propre profession

Date JJ/MMM/AAAA

☐ Profession modifiée

Date JJ/MMM/AAAA

☐ Temps partiel

Date JJ/MMM/AAAA

☐ Temps plein

Date JJ/MMM/AAAA

3. RENSEIGNEMENTS SUR LA PROFESSION ET LES ÉTUDES

SCOLARITÉ ET FORMATION

Cochez votre plus haut niveau de scolarité

☐ 6 ans de scolarité ou moins
☐ 7 ans
☐ 8 ans
☐ 9 ans
☐ 10 ans
☐ 11 ans
☐ 12 ans
☐ 13 ans

Type de cours, diplôme ou certificat

Autres cours de formation, cours spécialisés ou professionnels

EXPÉRIENCE DE TRAVAIL

Emploi actuel

Profession

Date de début JJ/MMM/AAAA

Tâches

Emplois précédents

Donnez des précisions sur les derniers postes que vous avez occupés.

1. Employeur

Poste occupé

Période d'emploi

Tâches

2. Employeur

Poste occupé

Période d'emploi

Tâches

3. Employeur

Poste occupé

Période d'emploi

Tâches

Compétences professionnelles

Quelles compétences avez-vous acquises dans le cadre des emplois que vous avez occupés (dactylographie, fonctionnement d'un appareil, compétences en supervision, etc.)? Précisez votre niveau de compétence, le cas échéant.

Intérêts communautaires

Décrivez votre engagement actuel ou passé auprès d'un organisme communautaire ou bénévole.

Loisirs

GL2334F (01/24)

1900 ALBERT STREET REGINA SK S4P 4K8
Co-operators^{MD} est une marque déposée du Groupe Co-operators limitée.

P. 2 de 3

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 www.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.

5. AUTORISATION DU PARTICIPANT OU DE LA PARTICIPANTE

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. J'autorise tout-e médecin, hôpital, clinique, pharmacie et autre fournisseur-euse ou établissement de soins de santé, l'administrateur du régime ou son mandataire, tout assureur, réassureur, régime provincial d'assurance maladie, ministère et agence gouvernementale, mon employeur, mes anciens employeurs et autres personnes ou organismes ayant des renseignements médicaux, professionnels, financiers ou autres me concernant à échanger avec Co-operators Compagnie d'assurance-vie, l'administrateur du régime ou ses représentant-e-s ou mandataires, tous les renseignements nécessaires pour étudier ma demande de règlement et juger de son bien-fondé, déterminer mon droit aux prestations, gérer ma demande de règlement, évaluer ma capacité à reprendre le travail, faciliter mon retour à la vie active et administrer le régime d'assurance collective et ses couvertures.

En contrepartie des prestations que j'ai reçues de Co-operators Compagnie d'assurance-vie, du titulaire de la police ou de l'administrateur du régime (le « payeur »), je consens par la présente à rembourser, conformément aux modalités de la police/des documents constituant le régime, toutes sommes qui pourraient être dues au payeur, de quelque source qu'elles soient, au sens défini sous « prestations de toutes sources et autres revenus », et je cède à ces fins au payeur irrévocablement tous les droits, titres et intérêts s'y rapportant ainsi que dans tout produit d'assurance collective.

J'autorise par la présente Co-operators Compagnie d'assurance-vie à déposer les prestations d'invalidité directement dans mon compte et à échanger avec mon institution financière mes informations financières pertinentes à cette fin. Cette autorisation demeure valide pour toute la durée de ma demande, sauf en cas d'annulation par écrit de ma part.

Je reconnais que le fait de refuser ou de retirer mon consentement risque d'entraîner des retards dans le traitement de ma demande ou le refus de sa prise en charge. Je déclare que les renseignements fournis dans cette déclaration et lors de toute entrevue personnelle ou téléphonique en rapport avec cette demande sont et seront vrais, complets et exacts. Cette autorisation demeure valide pour toute la durée de ma demande, sauf en cas d'annulation par écrit de ma part. Une copie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

Au Québec – La définition de « prestations de toutes sources et autres revenus » n'inclut pas les prestations payables par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) ni par la Commission des lésions professionnelles (CLP).

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