



Placements. Assurances. Conseils.

PRESTATION D'ASSISTANCE AVANT LE DÉCÈS^{MC} ENTENTE ET DEMANDE DU PARTICIPANT

Le présent guide a pour but de vous aider à présenter une demande de règlement.

PRESTATION D'ASSISTANCE AVANT LE DÉCÈS^{MC}

La prestation d'assistance avant le décès est offerte au participant, sous forme d'avance sur son capital d'assurance vie collective, pour l'aider à régler certains frais s'il est en phase terminale d'une maladie.

Pour être admissible, vous devez respecter **TOUS** les critères suivants :

- vous êtes en phase terminale et avez une espérance de vie de 12 mois ou moins, selon le diagnostic de votre médecin;
- votre âge actuel est inférieur d'au moins deux ans à l'âge de terminaison de l'assurance vie collective, ou vous avez 63 ans, selon l'âge le moins élevé;
- vos primes d'assurance vie font l'objet d'une exonération.

Le montant de la prestation disponible est précisé dans votre livret d'assurance collective. À noter que si le capital de votre assurance vie collective de base est déterminé d'après le nombre de vos personnes à charge, celles-ci n'entrent pas dans le calcul de l'avance.

Nous vous conseillons de communiquer avec l'Agence du revenu du Canada pour en savoir plus sur le caractère imposable de la prestation.

À votre décès, votre bénéficiaire recevra le capital de votre assurance vie collective, déduction faite de votre avance et des intérêts courus. Veuillez informer votre bénéficiaire de la prestation d'assistance avant le décès et de ses modalités.

Si vous vivez plus de deux ans à compter de la date de la demande, Co-operators Compagnie d'assurance-vie pourrait vous demander de rembourser l'avance, majorée d'intérêts.

Co-operators Compagnie d'assurance-vie demandera à vos médecins ou à vos fournisseurs de soins des renseignements concernant votre demande de règlement au titre de la prestation d'assistance avant le décès.

AUTORISATION ET PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Co-operators Compagnie d'assurance-vie doit obtenir des renseignements personnels à votre sujet pour déterminer votre admissibilité, gérer votre dossier et traiter votre demande. En remettant à Co-operators Compagnie d'assurance-vie le document Entente et demande du participant, dûment signé, vous nous autorisez à obtenir des renseignements personnels vous concernant auprès de tout fournisseur de soins, promoteur de régime, autre assureur et hôpital ou établissement où vous avez reçu des soins.

Co-operators Compagnie d'assurance-vie 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. Nous nous conformons aux lois sur la protection, la collecte, la conservation, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels. Pour en savoir davantage sur le sujet, consultez votre livret d'assurance collective ou notre site Web au <http://www.cooperators.ca/fr-CA/PublicPages/Privacy.aspx>.

PERSONNE-RESSOURCE

Pour toute question ou pour obtenir de l'aide concernant votre demande, n'hésitez pas à communiquer avec l'administrateur de votre régime ou avec nous au 1-866-442-3098. Veuillez avoir en main votre numéro de groupe et votre numéro de certificat.

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
 Téléc. : 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 réclamation.

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Groupe _____ Compte _____ Certificat _____

 Participant _____
Prénom Initiale Nom de famille

 Adresse _____
N° et rue Ville Province Code postal

Promoteur de régime ou employeur _____ 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 LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

 Diagnostic _____ Date du diagnostic _____
JJ/MMM/AAAA

Veuillez fournir le nom et l'adresse de deux médecins qui vous suivent pour votre affection actuelle.

Médecin	Adresse	Téléphone	Télécopieur
1)			
2)			

3. CONFIDENTIALITÉ
Co-operators Compagnie d'assurance-vie et la protection de la vie privée

Co-operators reconnaît et respecte l'importance de la protection de la vie privée. Lorsque vous présentez une demande d'assurance ou ouvrez un compte chez nous, nous vous demandons votre consentement pour recueillir, utiliser, conserver et partager vos renseignements personnels. Nous vous indiquons de quelles informations nous avons besoin, ce que nous en ferons et avec qui nous les partagerons. Nous ouvrons un dossier confidentiel pour recueillir, utiliser, conserver et partager vos renseignements personnels dans le but de confirmer votre identité, étudier vos besoins d'assurance et déterminer la pertinence de nos produits et services pour vous, évaluer votre demande d'assurance, établir et administrer votre police, y compris l'évaluation et le traitement des réclamations, administrer vos placements, remplir nos obligations contractuelles et réglementaires à votre endroit, détecter et prévenir la fraude et enfin, procéder à des analyses commerciales et statistiques. Nous ne partageons vos renseignements personnels à aucune autre fin, excepté si vous nous donnez votre consentement ou si la loi nous y oblige ou nous le permet.

Nous pourrions vous parler de produits et services qui pourraient vous intéresser. Vous pouvez nous dire quelle information vous désirez recevoir de notre part et retirer votre consentement comme bon vous semble. Vous pouvez accéder à vos renseignements personnels et les corriger, au besoin, en nous transmettant une demande par écrit.

Nous avons permis l'accès à vos renseignements personnels uniquement à nos employés 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, d'entreposage, d'analyse et de rétablissement par suite d'un sinistre hors du Canada. La loi pourrait les obliger à divulguer vos renseignements personnels à des cours de justice, des gouvernements ou des organismes de réglementation hors du Canada. Afin de protéger vos renseignements personnels, nous nous assurons que des dispositions de sécurité et de protection de la vie privée sont incluses dans tous nos contrats avec nos 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 le partage de vos renseignements personnels, communiquez avec le responsable de la protection de la vie privée de Co-operators au 1-888-887-7773 ou par courriel à privacy@cooperators.ca.

4. AUTORISATION ET DÉCLARATION

Je demande une avance sur le capital de mon assurance vie au titre de la prestation d'assistance avant le décès^{MC} (« avance ») et accepte que Co-operators Compagnie d'assurance-vie (« l'assureur ») recueille, utilise et communique mes renseignements personnels afin de déterminer mon admissibilité et pour évaluer et traiter ma demande.

Je comprends que par le fait de recevoir et d'utiliser l'avance, j'accepte les modalités suivantes :

- le capital de l'assurance vie de base au titre de l'assurance collective sera réduit de l'avance et des intérêts courus;
- je dois prendre à ma charge les intérêts sur l'avance au taux en cours pour tout délai de règlement plus 1 %. Le taux d'intérêt peut changer tous les mois;
- à mon décès, l'assureur versera à mon bénéficiaire le capital de ma police d'assurance vie collective, déduction faite de l'avance que j'ai reçue et des intérêts calculés pour la période écoulée entre la date de l'avance et celle du décès;
- si l'avance est considérée comme imposable en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu*, les impôts s'y rapportant seront à ma charge ou à celle de ma succession;
- si je vis plus de deux ans à compter de la date de la présente demande, l'assureur pourrait me demander de lui rembourser l'avance et les intérêts courus;
- je m'engage, au cas où l'avance versée ne serait pas remboursée au cours des deux années suivant la date de la présente demande, à rembourser cette avance, majorée des intérêts courus, à Co-operators Compagnie d'assurance-vie, sur demande.

J'autorise par la présente tout médecin, hôpital, clinique, établissement ou tout autre fournisseur de soins médicaux ou de santé, l'administrateur ou l'organisme de règlement du régime d'assurance collective ou leurs agents ou représentants, tout assureur, réassureur, régime provincial d'assurance maladie, ministère ou agence gouvernementale, et toute autre personne, organisation, association ou institution détenant tout renseignement ou dossier médical ou tout autre renseignement personnel me concernant à échanger avec Co-operators Compagnie d'assurance-vie, l'administrateur ou l'organisme de règlement du régime d'assurance collective ou leurs agents ou représentants, tous les renseignements nécessaires pour déterminer mon admissibilité, étudier ma demande de règlement et juger de son bien-fondé, gérer mon dossier ou traiter ma demande. La présente constitue une autorisation valable. Une copie de cette autorisation a la même valeur que l'original. La présente autorisation demeure valable pendant toute la durée de ma demande, à moins d'une révocation écrite de ma part.

En apposant ma signature ci-dessous, je confirme avoir lu et compris le présent document dans son intégralité et déclare que l'information fournie plus haut et les renseignements qui ont été ou qui seront communiqués lors d'une entrevue personnelle ou téléphonique relativement à cette demande sont véridiques, complets et exacts.

Signature du participant _____ Date _____

JJ/MM/AAAA