

DÉCLARATION DU PROMOTEUR DE RÉGIME INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE ASSURANCE COLLECTIVE

COORDONNÉES

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

Télé. : 1-866-889-9926

Courriel : disability_claims_admin@cooperators.ca

DIRECTIVES

Pour éviter tout retard, fournir les renseignements demandés.

Nous demandons aux clients qui ne sont pas facturés par Co-operators de joindre une copie de la demande d'adhésion du participant et du rapport de facturation.

Si la maladie ou la blessure est reliée au travail, le participant doit également déposer une demande d'indemnisation à la Commission des accidents du travail (CAT) de sa province.

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

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Participant _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____

Groupe _____ Compte _____ Catégorie _____ Certificat _____

Date de naissance* _____
JJ/MMM/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 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.

RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE

Classe ou affiliation syndicale à laquelle le participant appartient (le cas échéant) _____

Date à laquelle le participant est devenu assuré au titre de la police d'assurance ILD de Co-operators _____
JJ/MMM/AAAA

et au titre de la police de l'assureur précédent _____
JJ/MMM/AAAA

Date d'embauche _____ Dernier jour travaillé _____ Date du retour au travail _____
JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAA

L'invalidité résulte-t-elle d'une maladie ou d'une blessure survenue dans le cadre de l'emploi? Oui Non

Si « oui », le participant a-t-il déposé une demande d'indemnisation à la Commission des accidents du travail (CAT) de sa province? Oui Non

Si « non », pourquoi? _____

Le participant est : Payé à l'heure Salarié Payé à la commission***

*** Les participants à la commission et les travailleurs autonomes doivent joindre le feuillet T4, l'avis de cotisation et le sommaire des dépenses pour les deux dernières années.

Le participant travaille : À temps plein À temps partiel À contrat (joindre une copie du contrat)

Nombre d'heures travaillées au cours d'une semaine normale _____
(sans les heures supplémentaires)

Quels jours de la semaine le participant travaille-t-il? _____
(p. ex. du lundi au vendredi)

S'agit-il d'un travail par quarts? Oui Non Si « oui », quel est l'horaire de l'employé? _____

Date de cessation d'emploi (le cas échéant) _____ Raison _____
JJ/MMM/AAAA

RENSEIGNEMENTS SUR LES REVENUS ET LES GARANTIES

Salaire brut du participant (à l'exception des heures supplémentaires, des commissions et des primes) _____ \$

Horaire Hebdomadaire Aux deux semaines Bimensuel Mensuel Annuel

(Joindre une copie du talon de paie pour la dernière période de paie complète)

Date d'effet du salaire _____
JJ/MMM/AAAA

Une partie de la prime est-elle payée par le promoteur du régime ou l'employeur? Non (non imposable) Oui (imposable)

Exemption fiscale, selon le formulaire TD1 _____ \$ (joindre une copie) (Au Québec, les crédits d'impôt sont établis par le formulaire TP-1015.3)

Retenues salariales habituelles pour : Retraite (le cas échéant) _____ \$ REER (le cas échéant) _____ \$

AUTRES REVENUS

<input type="checkbox"/> Indemnités de maladie	Du _____ au _____ JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAA	<input type="checkbox"/> Indemnités de vacances	Du _____ au _____ JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAA
<input type="checkbox"/> Rente d'invalidité de la CAT	Du _____ au _____ JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAA État _____	<input type="checkbox"/> Prestations d'assurance-emploi	Du _____ au _____ JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAA État _____
<input type="checkbox"/> Prestations d'invalidité de courte durée	Du _____ au _____ JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAA État _____	<input type="checkbox"/> Autre revenu	Du _____ au _____ JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAA Précisez _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉGIME DE RETRAITE (LE CAS ÉCHÉANT)

Au moment de l'invalidité, le participant cotisait-il à l'un des régimes de retraite ci-dessous? Oui Non

Régime à prestations déterminées Régime à cotisations déterminées REER collectif REER individuel

Administré par (institution financière ou organisation) _____

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

Date à laquelle le participant est devenu ou deviendra admissible à cotiser _____
JJ/MMM/AAAA

Nom du régime _____ Numéro du compte/d'enregistrement _____

Pourcentage de cotisations avant l'invalidité : Participant _____ % Employeur _____ %

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI

Quel poste le participant occupait-il au moment de l'arrêt de travail? _____

Depuis combien de temps le participant occupait-il ce poste? _____

Veuillez décrire les tâches habituelles du participant, ainsi que toute modification apportée à celles-ci, le cas échéant.

Veillez joindre une copie de la description de poste fournie par l'employeur.

Quand la maladie ou la blessure du participant a-t-elle commencé à nuire à son travail? _____
JJ/MMM/AAAA

Selon vos observations, comment le rendement du participant a-t-il changé?

Êtes-vous en mesure d'offrir : Un horaire modifié? Oui Non Des tâches modifiées? Oui Non

Avez-vous discuté d'un éventuel retour au travail avec le participant? Oui Non Si oui, indiquez la date et tout autre détail pertinent _____
JJ/MMM/AAAA

Le poste a-t-il été aboli? Oui Non

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI (SUITE)

ANALYSE DES EXIGENCES PHYSIQUES

L'analyse suivante sur les exigences physiques du poste occupé par le participant doit être remplie par son superviseur. Dans la colonne appropriée, veuillez indiquer le nombre moyen d'heures dédié à chacune des activités suivantes :

		Sans interruption	Total par jour
1	Rester assis		
2	Rester debout		
3	Conduire		
4	Se pencher		
5	Monter ou descendre l'escalier		
6	Soulever un poids <input type="checkbox"/> 0-10 lb <input type="checkbox"/> 10-20 lb <input type="checkbox"/> 20-50 lb <input type="checkbox"/> 50 lb et plus avec un appareil? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
7	Pousser/Tirer <input type="checkbox"/> 0-10 lb <input type="checkbox"/> 10-20 lb <input type="checkbox"/> 20-50 lb <input type="checkbox"/> 50 lb et plus		

Veuillez décrire l'environnement de travail (p. ex. température, niveaux de bruit, exposition à des produits chimiques ou à la poussière, etc.)

Veuillez énumérer les machines, outils ou autres pièces d'équipement que le participant utilise dans le cadre de son travail

Veuillez ajouter tout autre renseignement pertinent à cette demande qui n'a pas été mentionné auparavant

DÉCLARATION

Nom du promoteur _____

Téléphone _____ Cellulaire _____ Télécopieur _____

Nom du superviseur _____ Téléphone _____

Adresse _____
N° et rue Ville Province Code postal

Déclaration remplie par _____ Titre _____
Nom

Je déclare que les renseignements fournis aux présentes sont exacts et complets.

Signature d'une personne autorisée _____ Date _____
JJ/MMM/AAAA

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.