

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

Télec. : 1-866-889-9925

Courriel: group_life_claims@cooperators.ca

DIRECTIVES

Le demandeur prend à sa charge les frais demandés par le médecin pour remplir le formulaire.

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

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE DÉFUNT

Groupe _____ Compte _____ Certificat _____

Nom _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____

Date du décès _____ JJ/MMM/AAAA
Lieu du décès (nom de l'hôpital ou de l'établissement, le cas échéant) _____

Date de naissance _____ JJ/MMM/AAAA

CAUSE DU DÉCÈS	INTERVALLE ENTRE LE DÉBUT ET LE DÉCÈS
Cause directement responsable du décès	
Causes ayant contribué au décès	
Autres facteurs importants	

Si le décès n'est pas attribuable à une maladie, indiquez les circonstances du décès, p. ex. un accident ou un suicide.

A-t-on mené une enquête? Oui Non A-t-on fait une autopsie? Oui Non Si oui, qui en était responsable? _____

Combien de temps avez-vous traité le défunt? _____

À votre connaissance, le défunt a-t-il reçu des soins au cours des trois (3) dernières années d'un autre médecin, ou dans un autre hôpital ou établissement? Oui Non
Si oui, répondez aux questions suivantes :

Nom	Adresse	Nature de la maladie ou de la blessure	Dates (JJ/MMM/AAAA)

La personne décédée était-elle informée de la nature de sa maladie? Oui Non Si oui, quand? _____ JJ/MMM/AAAA

Le défunt consommait-il, sous quelque forme, du tabac, de la marijuana, des produits à base de nicotine ou des substituts de ces produits (y compris les timbres et la gomme à la nicotine)? Oui Non Ne sais pas

2. CONFIRMATION ET AUTORISATION DU MÉDECIN

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

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. CONFIRMATION ET AUTORISATION DU MÉDECIN (SUITE)

Médecin traitant (en lettres moulées) _____

Spécialité autorisée _____ Médecin de famille Oui Non

Adresse _____
N° et rue Ville Province Code postal

Téléphone _____ Télécopieur _____

Timbre du médecin

Signature du médecin _____ Date _____
JJ/MMM/AAAA

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.

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 soient 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/vie-privee. 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