

# DÉCLARATION DU PROMOTEUR DE RÉGIME INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE ASSURANCE COLLECTIVE

## COORDONNÉES

Adresse : Co-operators Compagnie d'assurance-vie  
Service des réclamations, Invalidité  
1900 Albert Street  
Regina, SK S4P 4K8

Télé. : 1-866-889-9926

Courriel : [disability\\_claims\\_admin@cooperators.ca](mailto: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 Initialle Nom de famille

Groupe \_\_\_\_\_ Compte \_\_\_\_\_ Catégorie \_\_\_\_\_ Certificat \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_ Cellulaire \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

Adresse \_\_\_\_\_  
N° et rue Ville Province Code postal

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](mailto: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 \_\_\_\_\_ **et** au titre de la police  
JJ/MMM/AAAA

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  Salaré  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\*\*

\*\* Joindre une copie du talon de paie pour la dernière période de paie complète.

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

Horaire  Hebdomadaire  Aux deux semaines  Bimensuel  Mensuel  Annuel

Date d'effet du salaire \_\_\_\_\_ Une partie de la prime est-elle payée par le promoteur du régime ou l'employeur?  Non (non imposable)  Oui (imposable)  
JJ/MMM/AAAA

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

## RENSEIGNEMENTS SUR LES REVENUS ET LES GARANTIES (SUITE)

### 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	<input type="checkbox"/> Prestations d'assurance-emploi	Du _____ Au _____ JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAA
	État _____		État _____
<input type="checkbox"/> Autre revenu	Précisez _____	Du _____ Au _____ JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAA	

## 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? \_\_\_\_\_

Veillez 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.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## DÉCLARATION

Nom du promoteur \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Cellulaire \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_

Nom du superviseur \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
N° et rue Ville Province Code postal

Déclaration remplie par \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_  
Nom

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

Signature d'une personne autorisée \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

## CONFIDENTIALITÉ

### 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](http://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](mailto:privacy@cooperators.ca).