

L'assureur de la police est Co-operators Compagnie d'assurance-vie La Compagnie d'Assurance-Vie CUMIS

Co-operators Compagnie d'assurance-vie et La Compagnie d'Assurance-Vie CUMIS sont des sociétés affiliées du groupe de sociétés Co-operators.

La case cochée ci-dessus indique quel assureur souscrit et administre votre police.

COORDONNÉES

Adresse : Co-operators Compagnie d'assurance-vie
La Compagnie d'Assurance-Vie CUMIS
Service des règlements Vie
1900 Albert Street
Regina SK S4P 4K8

Tél. : 1-800-454-8061 Téléc. : 1-866-240-2153

DIRECTIVES

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

Le demandeur prend à sa charge les frais exigés pour remplir le présent formulaire.

Une fois le formulaire rempli, le bureau du médecin doit l'envoyer directement par télécopieur ou par la poste à l'adresse ci-indiquée (document original).

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE DÉFUNT

Nom du défunt _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____ Date de naissance _____
JJ/MMM/AAAA

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

CAUSE DU DÉCÈS	DATE DU DIAGNOSTIC
Cause immédiate du décès :	
Causes sous-jacentes du décès :	
Autres facteurs importants :	

Le défunt est-il décédé du cancer? Oui Non Si oui, indiquez la date du diagnostic de cancer primaire _____
JJ/MMM/AAAA

Si le décès n'est pas uniquement attribuable à une maladie, indiquez les circonstances du décès (p. ex. accident, homicide ou 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? _____

Au cours des 3 dernières années, le défunt a-t-il reçu des soins d'un autre médecin, ou dans un autre hôpital ou établissement? Oui Non

Si oui, répondez aux questions suivantes :

Nom	Adresse	Maladie ou blessure	Date (JJ/MMM/AAAA)

Le défunt était-il informé de la nature de sa maladie? Oui Non Si oui, quand a-t-il été informé? _____
JJ/MMM/AAAA

Le défunt a-t-il déjà consommé, sous quelque forme que ce soit, 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

Le défunt a-t-il déjà arrêté de fumer? Oui Non Ne sais pas Si oui, quand et pour combien de temps? _____

2. DÉCLARATION DU MÉDECIN

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

Médecin traitant (en lettres moulées) _____

Spécialité autorisée _____ Médecin de famille Oui Non

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

Téléphone (_____) _____ Télécopieur (_____) _____

Signature du médecin _____ Date _____
JJ/MMM/AAAA

Étampe du médecin

3. DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ

Co-operators Compagnie d'assurance-vie et la protection de la vie privée La Compagnie d'Assurance-Vie CUMIS

Chacun des assureurs mentionnés 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 pouvons 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. 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.