

# **GUIDE DU PARTICIPANT ET DEMANDE DE SERVICES D'INTERVENTION RAPIDE**

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

## SERVICES D'INTERVENTION RAPIDE

Les services d'intervention rapide ont pour but d'évaluer votre absence du travail afin que votre salaire soit maintenu pendant cette période, et peuvent inclure du soutien pendant le rétablissement et de l'aide pour accélérer le retour au travail.

Veillez vous adresser à votre promoteur de régime pour savoir quand présenter votre demande.

## VOICI LES RENSEIGNEMENTS DONT NOUS AVONS BESOIN :

### Déclaration du participant

Le formulaire contient des questions d'ordre général vous concernant, comme votre profession et la nature de votre invalidité. Veuillez répondre à toutes les questions du formulaire en prenant soin d'indiquer votre numéro de groupe.

### Déclaration du médecin traitant

Veillez demander à votre médecin de remplir la déclaration du médecin traitant propre à votre diagnostic primaire. Il existe deux formulaires : un pour les troubles de santé mentale et un pour toutes les autres affections. Assurez-vous que votre médecin joint une copie de tout résultat d'examen ou rapport de spécialiste et qu'il indique tout renseignement supplémentaire qui pourrait nous aider à évaluer votre demande.

Il vous incombe de fournir une preuve médicale attestant votre absence du travail. Les honoraires que votre médecin peut exiger pour remplir les formulaires de réclamation sont à votre charge. Si nous lui demandons directement de nous fournir des renseignements, nous pourrions lui offrir de payer des frais de correspondance.

### Déclaration du promoteur de régime

Votre employeur doit faire parvenir ce formulaire directement à notre siège social.

## ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE

Un représentant de Co-operators Compagnie d'assurance-vie peut communiquer avec vous par téléphone pour obtenir des renseignements sur votre profession, vos études, vos expériences de travail, vos antécédents médicaux et votre état de santé actuel.

## PRESTATIONS D'INVALIDITÉ DU RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA (RPC) ET DU RÉGIME DE RENTES DU QUÉBEC (RRQ)

Si vous avez déjà demandé des prestations d'invalidité auprès du RPC ou du RRQ, veuillez joindre l'avis d'acceptation à votre demande. Dans le cas contraire, nous pourrions exiger que vous présentiez une telle demande auprès du RPC ou du RRQ.

## INDEMNISATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Si vous avez présenté une demande d'indemnisation à la commission des accidents du travail de votre province, vous devez tout de même faire une demande de services d'intervention rapide afin de respecter les délais prescrits.

## AUTORISATION ET PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nous devons obtenir votre autorisation pour recueillir des renseignements nous permettant d'évaluer votre demande. En signant le formulaire d'autorisation, vous autorisez Co-operators Compagnie d'assurance-vie à recueillir des renseignements auprès de vos fournisseurs de soins, de votre promoteur de régime, d'autres assureurs, et des hôpitaux où vous avez reçu des soins.

Co-operators Compagnie d'assurance-vie s'engage à protéger la vie privée de ses clients, ainsi que la confidentialité, l'exactitude et la sécurité des renseignements personnels recueillis, utilisés, conservés et divulgués dans le cadre de ses affaires. Co-operators Compagnie d'assurance-vie se conforme aux lois fédérales et provinciales sur la protection des renseignements personnels, lesquelles régissent la protection de tous les renseignements personnels en notre possession. 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

L'administrateur de votre régime est à votre entière disposition pour répondre à vos questions. Vous pouvez aussi nous joindre au 1-866-442-3098. Veillez avoir en main votre numéro de groupe et votre numéro de certificat.

# DÉCLARATION DU PARTICIPANT INTERVENTION RAPIDE ASSURANCE COLLECTIVE

**ADRESSE POSTALE**

 Adresse : Co-operators Compagnie d'assurance-vie  
 Réclamations invalidité  
 1900 Albert Street  
 Regina, SK S4P 4K8  
 Téléc. : 1-866-889-9926  
 Courriel : disability\_claims\_admin@cooperators.ca

**DIRECTIVES**

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

Si la maladie ou la blessure est reliée au travail, vous devez également déposer une demande d'indemnisation à la commission des accidents du travail de votre province.

**1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT**

 Participant \_\_\_\_\_  
Prénom Initiale Nom de famille  
 Groupe \_\_\_\_\_ Compte \_\_\_\_\_ Certificat \_\_\_\_\_  
 Date de naissance \_\_\_\_\_  Homme  Femme Taille \_\_\_\_\_ Poids \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA  
 Adresse \_\_\_\_\_  
N° et rue Ville Province Code postal  
 Téléphone \_\_\_\_\_ Cellulaire \_\_\_\_\_  
 Promoteur de régime ou employeur \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Si vous désirez que Co-operators communique avec vous par courriel concernant cette demande de prestations d'invalidité, veuillez donner votre adresse de courriel

Co-operators Compagnie d'assurance-vie prend des mesures raisonnables pour protéger la confidentialité de tous les renseignements recueillis, utilisés, conservés et divulgués dans le cadre de ses affaires. Vous devez toutefois savoir qu'Internet n'est pas un moyen de communication sûr et que nous ne procédons pas au cryptage des courriels. Il nous est donc impossible de garantir une complète confidentialité des renseignements communiqués par courrier électronique, notamment les courriels et toute pièce jointe. En autorisant les communications par courriel, vous reconnaissez avoir lu et compris le présent avis de non-responsabilité, et vous nous autorisez à transmettre vos renseignements personnels par voie électronique en sachant que les courriels et toute pièce jointe pourraient faire l'objet d'un accès, d'une utilisation ou d'une divulgation non autorisée par des tiers. Vous reconnaissez que Co-operators Compagnie d'assurance-vie n'est pas responsable des pertes ou des dommages que vous ou toute autre personne pourriez subir en raison de toute violation de la vie privée, de la confidentialité ou de la sécurité résultant de la communication de vos renseignements personnels par courriel. Si vous ne souhaitez plus communiquer avec Co-operators Compagnie d'assurance-vie par courriel, veuillez-nous en informer par écrit à Disability\_Claims\_Admin@cooperators.ca.

**2. RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE**

 Décrivez votre état de santé actuel, ses causes et vos antécédents médicaux \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

 Date de début des symptômes \_\_\_\_\_ Date du premier traitement pour cette maladie ou blessure \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAA

 Votre état de santé vous empêche de travailler depuis le \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

 Avez-vous déjà eu une maladie ou blessure semblable auparavant? .....  Oui  Non

Si oui, décrivez le problème de santé et indiquez la date où il est apparu, les traitements reçus et le nombre de jours où vous avez dû vous absenter du travail.

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

Si votre état de santé est le résultat d'une blessure ou d'un accident d'automobile, décrivez les circonstances de l'accident.

 Date \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

 Précisions \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

 La blessure était-elle reliée au travail? .....  Oui  Non

Inscrivez le nom de tous les médecins consultés pour votre état de santé actuel (joignez une copie des rapports de spécialistes disponibles) :

Médecin	Adresse	Dates de consultation JJ/MMM/AAAA du	au	Date du prochain rendez-vous JJ/MMM/AAAA

Participant \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_ Initiale \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_

## 2. RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE (SUITE)

Indiquez les dates d'hospitalisation Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAA

Votre médecin vous a-t-il demandé de restreindre vos activités d'une façon quelconque?  Oui  Non

Si oui, que vous a-t-il dit à ce sujet? \_\_\_\_\_

Comment la restriction nuit-elle à l'exercice de vos tâches professionnelles? \_\_\_\_\_

Avez-vous discuté d'un retour au travail avec votre employeur?  Oui  Non

<input type="checkbox"/> Tâches habituelles	<input type="checkbox"/> Tâches modifiées	<input type="checkbox"/> Temps partiel	<input type="checkbox"/> Temps plein
Date _____	Date _____	Date _____	Date _____
JJ/MMM/AAAA	JJ/MMM/AAAA	JJ/MMM/AAAA	JJ/MMM/AAAA

Avez-vous discuté d'un retour au travail avec votre médecin?  Oui  Non

<input type="checkbox"/> Tâches habituelles	<input type="checkbox"/> Tâches modifiées	<input type="checkbox"/> Temps partiel	<input type="checkbox"/> Temps plein
Date _____	Date _____	Date _____	Date _____
JJ/MMM/AAAA	JJ/MMM/AAAA	JJ/MMM/AAAA	JJ/MMM/AAAA

## 3. RENSEIGNEMENTS SUR LA PROFESSION

### Emploi actuel

Profession \_\_\_\_\_ Date de l'embauche \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

Tâches \_\_\_\_\_

### Emplois antérieurs

Si vous occupez votre poste actuel depuis moins de deux ans, veuillez fournir des précisions sur votre poste précédent.

Employeur \_\_\_\_\_ Nom du poste \_\_\_\_\_ Dates d'emploi \_\_\_\_\_

Tâches \_\_\_\_\_

## 4. 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.

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

## 5. AUTORISATION DU PARTICIPANT

J'ai lu et compris la section intitulée « Confidentialité » et j'autorise la collecte, l'utilisation et la communication de mes renseignements personnels aux fins précisées ci-dessus. Je reconnais que Co-operators Compagnie d'assurance-vie puisse me fournir des services d'intervention rapide avant la date à laquelle je pourrais avoir droit à des prestations d'invalidité de longue durée (ILD), et que ces services ne sauraient en aucun cas être interprétés comme une reconnaissance de responsabilité de la part de Co-operators Compagnie d'assurance-vie ou comme l'acceptation d'une demande de prestations ILD.

J'autorise tout médecin, hôpital, clinique et autre fournisseur ou établissement de soins de santé, l'administrateur du régime et ses représentants, assureur, agence gouvernementale ou mon employeur à transmettre à Co-operators Compagnie d'assurance-vie ou ses représentants ou agents tous les renseignements ou dossiers médicaux ou professionnels me concernant pour les fins suivantes : fournir des services d'intervention rapide pouvant comprendre l'évaluation, l'administration et la gestion de mon congé de maladie, évaluer ma capacité à reprendre le travail et faciliter mon retour à la vie active. J'autorise par ailleurs Co-operators Compagnie d'assurance-vie ou ses représentants ou agents à communiquer tous les renseignements obtenus dans le cadre de ma demande de services d'intervention rapide à tout médecin, clinique et autre fournisseur ou établissement de soins de santé, et ce, pour les fins susmentionnées.

Je suis conscient que le fait de refuser ou de retirer mon consentement risque d'entraîner des retards dans la fourniture des services ou le refus de ceux-ci. Je déclare que les renseignements transmis dans la présente autorisation ainsi que les déclarations faites de vive voix ou par téléphone concernant ma demande de congé de maladie sont vrais, complets et exacts.

Il est entendu que l'intégralité de mon dossier d'intervention rapide fera partie de mon dossier d'invalidité de longue durée, si je ne retourne pas au travail et que je présente une demande de prestations d'invalidité de longue durée.

La présente autorisation demeure valable pendant la période où des services d'intervention rapide me sont fournis, à moins d'une révocation écrite de ma part. Une copie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

Signature du participant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_