

Pour éviter tout retard, fournir les renseignements demandés. Transmettre les demandes d'adhésion à :  
continyou\_golden@cooperators.ca ou 1900 Albert Street, Regina, SK S4P 4K8 À l'attention de : Assurance collective, Soutien aux ventes

### 1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Date d'effet de la modification \_\_\_\_\_ JJ/MMM/AAAA Groupe **65000** Compte \_\_\_\_\_ Certificat \_\_\_\_\_

Proposant \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Initiale \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_

### 2. RENSEIGNEMENTS SUR LE RETRAITÉ

Modifier le nom, l'adresse ou les numéros de téléphone

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

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

Téléphone au domicile \_\_\_\_\_ Cellulaire \_\_\_\_\_ Téléphone au travail \_\_\_\_\_

Adresse courriel \_\_\_\_\_

Nous prenons des mesures de protection raisonnables pour protéger toute information recueillie, utilisée, conservée et divulguée dans le cadre de nos affaires; cependant, un courriel est susceptible d'être intercepté par des tiers non autorisés. Nous vous déconseillons de communiquer par courriel des renseignements personnels ou sensibles. Si vous nous avez fourni votre adresse courriel ou que vous nous avez envoyé un courriel, nous tenons pour acquis que vous acceptez de communiquer avec nous par courrier électronique. Si vous ne voulez pas recevoir de courriels de notre part, veuillez nous en aviser dans les plus brefs délais.

### 3. PERSONNES SUPPLÉMENTAIRES À COUVRIR

La prise d'effet de l'assurance maladie complémentaire d'une personne à charge hospitalisée, à l'exception d'un nouveau-né, est repoussée jusqu'au premier jour suivant immédiatement son congé de l'hôpital.

Retirer **Époux/Conjoint de fait**

\_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Initiale \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ JJ/MMM/AAAA  Homme  Femme

Retirer **Personnes à charge**

\_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Initiale \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ JJ/MMM/AAAA  Homme  Femme  Étudiant\*  Handicapé\*\*

\_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Initiale \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ JJ/MMM/AAAA  Homme  Femme  Étudiant\*  Handicapé\*\*

\*Vous devez informer Co-operators en cas de changement du statut d'étudiant.

\*\*Il faut remplir la Déclaration d'assurabilité pour l'assurance collective lorsque la personne à charge handicapée atteint l'âge maximal prévu par le certificat.

### 4. SÉLECTION DE LA PROTECTION

Modifier la sélection de la protection  
Veuillez sélectionner les options désirées :

#### Formule

Individuelle  Couple  Familiale

#### Assurance maladie complémentaire et soins dentaires

Formule de base  Formule étendue  Formule étendue Plus

Comprend une garantie médicale d'urgence en voyage de 15 jours

Prime mensuelle \_\_\_\_\_ \$

#### Garantie pour soins d'urgence à l'étranger

30 jours  60 jours  90 jours

Prime mensuelle \_\_\_\_\_ \$

Coût mensuel total\* \_\_\_\_\_ \$

\* Taxes provinciale et fédérale non incluses, le cas échéant

**REMARQUE : Il ne sera pas possible d'améliorer la protection choisie à une date ultérieure. Cependant, après avoir participé durant au moins 3 ans à l'option sélectionnée, vous pourrez diminuer la protection choisie lors du renouvellement. Consultez la page des tarifs pour déterminer les primes correspondantes.**

### 5. AUTRE PROTECTION D'ASSURANCE

Ajouter tous les régimes d'assurance personnelle ou collective qui demeureront en vigueur en même temps qu'EnContinu Doré.

Retrait d'une protection supplémentaire  Ajout d'une protection supplémentaire – Si oui, remplir le tableau ci-dessous :

Nom de la personne couverte	Assureur	N° de police/certificat	Personne couverte	Type de protection
			<input type="checkbox"/> Proposant <input type="checkbox"/> Époux/conjoint de fait <input type="checkbox"/> Personne à charge	<input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Soins dentaires <input type="checkbox"/> Voyage
			<input type="checkbox"/> Proposant <input type="checkbox"/> Époux/conjoint de fait <input type="checkbox"/> Personne à charge	<input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Soins dentaires <input type="checkbox"/> Voyage

## 6. PAIEMENT – RÉGIME DE PRÉLÈVEMENTS AUTOMATIQUES (PA)

Modifier les données sur les prélèvements automatiques (PA)

Je demande et permets à Co-operators de retirer les sommes du compte de banque, de caisse populaire ou de fiducie indiqué, ou de tout autre compte que je pourrais fournir ultérieurement, sans qu'il ne soit nécessaire d'accorder une autorisation supplémentaire, à condition que ce soit dans le but d'effectuer les cotisations spécifiées au présent contrat.

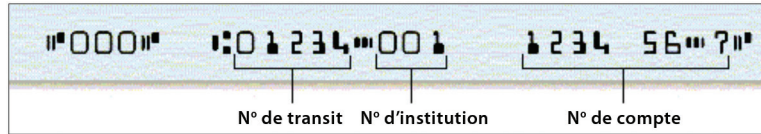
Si le compte devait être remplacé par un compte d'une autre institution financière, la présente demande et autorisation s'appliquerait également à l'autre institution.

**Je renonce à mon droit de recevoir un préavis du montant de tout PA et je conviens que je n'ai pas besoin de préavis du montant des PA avant le traitement du prélèvement.**

Nom de l'institution financière \_\_\_\_\_

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

**Veillez joindre à votre demande un spécimen de chèque portant la mention « annulé ».  
Autrement, veuillez fournir les renseignements demandés selon l'exemple ci-dessous.**



N° de transit \_\_\_\_\_  
(5 chiffres)

N° d'institution \_\_\_\_\_  
(3 chiffres)

N° de compte \_\_\_\_\_  
(maximum de 12 chiffres)

**REMARQUE : Les prélèvements automatiques ont lieu le premier jour de chaque mois. Il peut s'écouler entre un et dix jours à compter de la date de prélèvement avant le retrait des fonds dans votre compte (selon le lieu de résidence et les facilités de compensation de chaque institution financière).**

Cet accord de PA peut être annulé sur réception d'un préavis de 14 jours avant le prochain prélèvement. Si certains des détails qui figurent aux présentes sont erronés, vous devez nous téléphoner immédiatement au 1-800-667-8164. Si tout est exact, il n'y a rien d'autre à faire et les prélèvements automatiques seront traités à compter de la date de début du paiement indiquée plus haut. Vous avez certains droits de recours si un débit n'est pas conforme à la présente entente. Par exemple, vous avez le droit de recevoir le remboursement de tout PA qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent accord de PA. Pour obtenir plus d'information sur vos droits de recours, communiquez avec votre institution financière ou visitez le [www.paiements.ca](http://www.paiements.ca). J'autorise par la présente Co-operators Compagnie d'assurance-vie (« Co-operators ») à prélever sur mon compte les paiements de la prime exigible au titre de la police susmentionnée et à échanger avec mon institution financière tout renseignement financier pertinent pour cette fin. Cette autorisation demeurera valide pendant toute la durée de ma protection, à moins d'une révocation écrite de ma part. Une copie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

Signature du déposant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

## 7. DEMANDE DE DÉPÔT DIRECT DES PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE ET SOINS DENTAIRES

Modifier les données relatives au dépôt direct

Identique à la Section 6 ci-dessus (Paiement – Régime de prélèvement automatique)

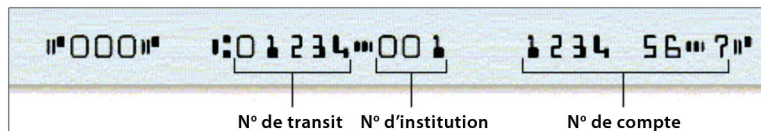
Si vous désirez recevoir votre relevé des prestations par courriel, connectez-vous à Clic Avantages pour les participants et choisissez l'option sans papier.

J'autorise par la présente Co-operators à verser les prestations d'assurance maladie complémentaire et soins dentaires directement dans mon compte et à communiquer à mon institution financière tout renseignement financier pertinent à cette fin. La présente autorisation demeure valable jusqu'à ce que je la révoque par écrit. Une copie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Nom de l'institution financière \_\_\_\_\_

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

**Veillez joindre à votre demande un spécimen de chèque portant la mention « annulé ».  
Autrement, veuillez fournir les renseignements demandés selon l'exemple ci-dessous.**



N° de transit \_\_\_\_\_  
(5 chiffres)

N° d'institution \_\_\_\_\_  
(3 chiffres)

N° de compte \_\_\_\_\_  
(maximum de 12 chiffres)

## 8. DÉCLARATION DE 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)

## 9. DÉCLARATION ET AUTORISATION

Le proposant déclare ce qui suit et y consent :

- J'ai lu et compris la section intitulée « Déclaration de confidentialité » et j'autorise la collecte, l'utilisation et la divulgation de mes renseignements personnels aux fins précisées ci-dessus;
- Par la présente, je demande d'adhérer à la protection EnContinu Doré;
- J'atteste que j'ai relu toutes les déclarations et réponses données par écrit dans la présente demande et qu'elles sont complètes et exactes;
- Je bénéficie de la protection d'assurance collective maladie et soins dentaires indiquée plus haut ou, selon le cas, cette protection a pris fin au cours des 60 derniers jours, et j'ai bénéficié de cette protection durant au moins 2 ans;
- Il est entendu que mes personnes à charge et moi devons actuellement être couverts par mon régime provincial d'assurance maladie et que nous devons le rester pour être admissibles à la protection demandée;
- J'autorise Co-operators ou ses agents, ou toute autre personne ou organisme détenant des renseignements pertinents sur moi-même, mon conjoint ou mes personnes à charge à transmettre tous les renseignements nécessaires pour établir mon droit aux prestations et administrer le régime;
- Je confirme être dûment autorisé à répondre au nom de mon conjoint ou de mes personnes à charge;
- La protection prendra effet à la date déterminée par Co-operators;
- L'acceptation de toute police établie conformément à la présente demande constitue l'acceptation de ses modalités;
- Une copie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

Signature du proposant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

JJ/MMM/AAAA

## POUR USAGE INTERNE SEULEMENT

Admissibilité confirmée Date de prise d'effet de la protection \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

Distribution de la trousse de bienvenue \_\_\_\_\_ Compte \_\_\_\_\_ Certificat \_\_\_\_\_