

# ASSURANCE COLLECTIVE MALADIES GRAVES DÉCLARATION DU DEMANDEUR

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

## GARANTIE MALADIES GRAVES

La garantie maladies graves peut notamment servir à payer les frais médicaux non assurés, rénover la maison pour la rendre accessible aux fauteuils roulants, payer les soins infirmiers, s'acquitter de ses obligations financières courantes et des dépenses comme les frais de garde d'enfants, ou effectuer les versements sur un prêt hypothécaire.

Toute prestation réputée payable au titre de la garantie maladies graves doit être versée au participant.

Vous n'êtes pas automatiquement admissible aux prestations de la garantie maladies graves. Vous y avez droit si :

- votre contrat d'assurance collective couvre la maladie ou l'affection en question;
- vous avez présenté une preuve satisfaisante de l'affection couverte, telle que définie dans votre contrat d'assurance collective;
- vous êtes toujours en vie à la fin de la période de survie définie pour l'affection couverte;
- vous avez respecté les modalités de votre contrat d'assurance collective.

**En conséquence, veuillez consulter votre contrat d'assurance collective pour savoir si l'affection en question est couverte par votre régime.**

## LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSOUS SONT REQUIS :

### Déclaration du promoteur de régime

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

### Déclaration du demandeur

Ce document contient des questions d'ordre général vous concernant, et concernant votre affection et la nature de vos symptômes pour le traitement de votre demande de prestations. Veuillez répondre à toutes les questions du formulaire en prenant soin d'indiquer vos numéros de groupe et de compte.

### Déclaration du médecin

Demandez au médecin désigné de remplir le formulaire. Demandez-lui également de joindre une copie de votre dossier médical, des rapports d'examen, des rapports de consultations et de tout autre renseignement médical susceptible de nous aider dans le traitement de votre demande de prestations.

Il vous incombe de fournir la preuve médicale de votre admissibilité aux prestations de la garantie maladies graves. Les honoraires que votre médecin peut exiger pour remplir les formulaires de demande de prestations sont à votre charge. Si nous lui demandons directement de nous fournir des renseignements, nous pourrions lui offrir de prendre les frais d'envoi à notre charge.

## ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE

Un représentant de la compagnie d'assurance peut communiquer avec vous par téléphone pour obtenir des renseignements sur vos antécédents médicaux et votre affection actuelle.

## AUTORISATION ET PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nous devons obtenir votre autorisation pour recueillir des renseignements qui nous permettront d'étudier votre demande. En signant le formulaire d'autorisation, vous nous autorisez à recueillir des renseignements auprès de vos fournisseurs de soins, 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 notre site Web, au [www.cooperators.ca](http://www.cooperators.ca).

## COORDONNÉES

Pour toute question ou pour obtenir de l'aide concernant votre demande de prestations au titre de la garantie maladies graves, n'hésitez pas à communiquer avec nous au 1-866-442-3098. Veuillez avoir en main vos numéros de groupe et de compte.

## COORDONNÉES

Adresse : Co-operators Compagnie d'assurance-vie  
Réclamations vie  
1900 Albert Street  
Regina, SK S4P 4K8

Tél. : 1-866-442-3098

Télec. : 1-866-889-9925

## DIRECTIVES

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

Une fois le formulaire rempli, vous pouvez l'envoyer par télécopieur ou par la poste à l'adresse ci-indiquée (document original).

L'affection en question pourrait ne pas être couverte par votre police. **En conséquence, veuillez consulter votre contrat d'assurance collective pour savoir si l'affection en question est couverte par votre régime.**

## 1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

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

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

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

Téléphone \_\_\_\_\_

Si vous désirez que Co-operators communique avec vous par courriel concernant cette demande de règlement, veuillez indiquer votre 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 autorisés 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 [Group\\_life\\_claims@cooperators.ca](mailto:Group_life_claims@cooperators.ca).

## 2. RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR (À REMPLIR SI DIFFÉRENT DU PARTICIPANT)

Conjoint  Enfant à charge

Demandeur \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Initiale \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ JJ/MMM/AAAA

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

Téléphone \_\_\_\_\_

## 3. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

1. Indiquez le diagnostic prononcé :

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

2. Date du diagnostic \_\_\_\_\_ JJ/MMM/AAAA

3. Date à laquelle l'assuré a été informé du diagnostic \_\_\_\_\_ JJ/MMM/AAAA

4. Nom et adresse du médecin ayant prononcé le diagnostic :

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

5. S'agissait-il du médecin de famille de l'assuré?  Oui  Non

Dans la négative, qui a dirigé le participant vers ce médecin? \_\_\_\_\_

Veuillez indiquer le nom complet et l'adresse de ce médecin, ainsi que du médecin de famille :

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

### 3. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (SUITE)

6. Veuillez énumérer les symptômes qui ont mené à la première consultation pour cette maladie. Veuillez indiquer la date de début et la gravité de chaque symptôme :

Symptôme	Date de début JJ/MMM/AAAA	Gravité

7. Date à laquelle un médecin a été consulté pour la première fois au sujet de cette maladie \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

8. Nom et adresse du médecin consulté en premier :

---

---

---

9. Date de début du traitement \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

10. Veuillez préciser en quoi consiste le traitement actuel et donner les dates et les détails relatifs à tout examen médical ou à toute hospitalisation :

---

---

---

11. Le participant a-t-il été orienté vers des établissements de traitement, des centres médicaux ou des professionnels de la santé spécialisés pour un traitement continu?  
 Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer où :

---

---

---

12. L'assuré a-t-il déjà souffert d'une affection semblable ou connexe?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser et indiquer les dates :

---

---

---

13. Des membres de sa famille (par le sang) ont-ils déjà présenté une affection semblable ou connexe?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser le lien de parenté, la nature de l'affection et l'âge auquel l'affection a été diagnostiquée :

---

---

---

14. L'assuré fait-il usage ou a-t-il déjà fait usage des produits suivants : tabac sous une forme quelconque, marijuana, produits à la nicotine ou substituts de nicotine (par « produits à la nicotine », on entend cigarette, cigarillo, cigare, pipe, tabac à mâcher, tabac à priser, gomme ou timbre à la nicotine ou tout autre produit à la nicotine)?  Oui  Non

Si oui, de quel(s) produit(s) s'agit-il? \_\_\_\_\_

Nombre ou quantité consommée par jour : \_\_\_\_\_ Date de la dernière consommation : \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

15. Veuillez indiquer les nom et adresse de tous les médecins qui ont traité l'assuré ou de tous les hôpitaux où il a reçu un traitement pour cette affection (avec mention des dates et des raisons) :

---

---

---

## 4. AUTORISATION

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. Par la présente, je demande d'adhérer au régime d'assurance collective et j'autorise la déduction sur ma paie et la remise à Co-operators de toute cotisation requise aux termes du régime. J'autorise mon employeur, l'administrateur du régime d'assurance collective, Co-operators ou ses conseillers en sécurité financière, ou toute autre personne ou organisation 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. Je déclare que les renseignements fournis sont vrais, complets et exacts. Une copie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

Signé à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_  
Ville, Province Jour Mois Année

\_\_\_\_\_  
Nom du participant Signature du participant Lien avec le demandeur \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nom du demandeur\* Signature du demandeur\*

\*Requis si le participant n'est pas le demandeur et que le demandeur a plus de 16 ans.

## 5. 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)