

ADRESSE POSTALE

Adresse : Co-operators Compagnie d'assurance-vie
Réclamations, Vie (Collective)
1900 Albert Street
Regina (Saskatchewan) S4P 4K8

Télééc. : 1-866-889-9925

DIRECTIVES

Le participant prend à sa charge les frais demandés par le médecin pour remplir le formulaire.
Les renseignements médicaux doivent être fournis par le médecin traitant.

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT ET AUTORISATION (À REMPLIR PAR LE PARTICIPANT)

Participant _____
Prénom Initiale Nom de famille

Groupe _____ Compte _____ Certificat _____

Nom de l'employeur ou du promoteur _____ Téléphone (_____) _____

Date de naissance _____
JJ/MMM/AAAA

Par la présente, j'autorise mon médecin à divulguer tout renseignement médical à l'appui de ma demande de prestations d'invalidité à l'administrateur du régime, l'organisme de règlement et mon assureur. Je comprends qu'il m'incombe de me procurer un formulaire et de payer les frais exigés par mon médecin pour remplir le formulaire.

Signature du participant _____ Date _____
JJ/MMM/AAAA

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (À REMPLIR PAR LE MÉDECIN)

Veillez joindre les résultats de tests ainsi qu'une copie des notes rédigées dans votre cabinet et des rapports de consultation.

1. Diagnostic _____ Date du diagnostic _____
JJ/MMM/AAAA

2. Date de l'accident (s'il y a lieu) _____
JJ/MMM/AAAA

Nature de la blessure (endroit et gravité) _____

Date du premier traitement pour cette blessure _____
JJ/MMM/AAAA

3. Mutilation : Main Pied Bras Jambe Doigt

S'il y a lieu, utilisez le diagramme ci-contre pour illustrer la perte et le degré d'amputation.

Date de l'amputation _____
JJ/MMM/AAAA

L'amputation résulte-t-elle de l'affection ou de l'accident susmentionné? Oui Non

4. Perte de l'usage : Main Bras Pied Jambe Paraplégie Hémiplegie Quadraplégie

L'affection ou l'accident a-t-il occasionné la perte totale et irrémédiable de l'usage ou la paralysie?

Oui Non Si oui, précisez _____

La perte de l'usage ou la paralysie persiste-t-elle depuis 12 mois consécutifs? Oui Non

5. Perte : Vue Parole Ouïe

Pourcentage de la perte ____%

La vue, la parole ou l'ouïe peut-elle être recouverte, totalement ou partiellement, par le recours à un appareil ou à un programme de réadaptation? Oui Non

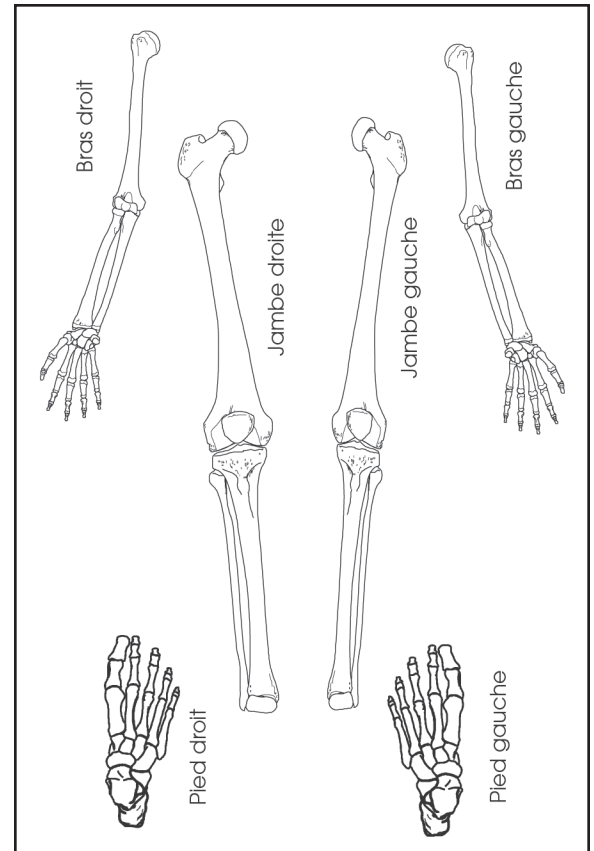
Si oui, précisez _____

Date de la perte de la vue _____ Date de l'énucléation de l'œil, le cas échéant _____
JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAA

Vue avant l'affection ou l'accident : Œil droit _____ Œil gauche _____ Vue actuelle, le cas échéant : Œil droit _____ Œil gauche _____

6. La perte est-elle uniquement attribuable à l'affection ou à l'accident susmentionné? Oui Non

Si non, précisez toute autre cause à l'origine de la perte _____



3. CONFIRMATION ET AUTORISATION DU MÉDECIN

Je reconnais que l'assureur conservera les renseignements compris dans le présent formulaire dans le dossier d'invalidité de l'assuré. Il est entendu que le patient ou toute autre personne autorisée pourraient y avoir accès. Je consens à la divulgation des renseignements tels qu'ils figurent dans le présent formulaire, et ce, selon les conditions précitées.

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 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 Group_life_claims@cooperators.ca.

Médecin traitant (en lettres moulées) _____

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

Spécialité _____ Médecin de famille Oui Non

Téléphone (_____) _____ Télécopieur (_____) _____

Signature du médecin _____ Date _____ JJ/MMM/AAAA

Étampe du médecin

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. 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