

ADRESSE POSTALE

Adresse : Co-operators Compagnie d'assurance-vie
Réclamations, Vie (Collective)
1900 Albert Street
Regina, SK S4P 4K8
Télec. : 1-866-889-9925

DIRECTIVES POUR LE PROMOTEUR DE RÉGIME

Nous demandons aux clients qui ne sont pas facturés par Co-operators de joindre une copie de la demande d'adhésion du participant et du rapport de facturation.
Si le montant d'assurance est établi en fonction du salaire, veuillez joindre une copie du talon de paie du participant pour la dernière période de paie complète.

1. PROMOTEUR DE RÉGIME

Participant _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____

Groupe _____ Compte _____ Certificat _____

Date de naissance _____
JJ/MMM/AAAA

Date à laquelle le participant est devenu assuré par la garantie décès et mutilation accidentels (DMA) de Co-operators _____
JJ/MMM/AAAA

et par la garantie DMA de l'assureur précédent _____
JJ/MMM/AAAA

Date d'entrée en service _____ JJ/MMM/AAAA
Dernier jour travaillé _____ JJ/MMM/AAAA
Date du retour au travail _____ JJ/MMM/AAAA

L'invalidité résulte-t-elle d'une maladie ou d'une blessure survenue dans le cadre de l'emploi? Oui Non

Si oui, le participant a-t-il déposé une demande d'indemnisation à la Commission des accidents du travail de sa province? Oui Non

Veuillez fournir tout autre renseignement pouvant être utile au traitement de la demande _____

Nom du promoteur _____

Téléphone (_____) _____ Cellulaire (_____) _____ Télécopieur (_____) _____

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

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.

Déclaration remplie par _____ Titre _____
Nom (en lettres moulées)

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

Signature d'une personne autorisée _____ Date _____
JJ/MMM/AAAA

Perte à l'origine de la demande _____

Perte attribuable à :

une maladie Date du diagnostic _____
JJ/MMM/AAAA

OU

un accident Date de l'accident _____ Heure _____ Lieu de l'accident _____
JJ/MMM/AAAA Ville Province

Veuillez décrire les circonstances de l'accident _____

L'alcool a-t-il joué un rôle dans les circonstances de l'accident? Oui Non

L'accident mettait-il en cause une autre partie? Oui Non Si oui, veuillez inscrire le nom des parties en cause.

Nom _____ Adresse _____

Nom _____ Adresse _____

Participant _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____

2. PARTICIPANT (SUITE)

L'accident a-t-il été signalé à la police? Oui Non Si oui, veuillez joindre une copie du rapport de police.

Des accusations ont-elles été portées? Oui Non Si oui, contre qui? _____

Quelles accusations ont été portées? _____

Hospitalisation du _____ au _____ Nom de l'établissement _____
JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAA

Nom et adresse du ou des médecins traitants

Médecin	Adresse	Date de la consultation
		_____ JJ/MMM/AAAA
		_____ JJ/MMM/AAAA
		_____ JJ/MMM/AAAA

3. AUTORISATION

J'autorise tout médecin, hôpital, clinique, pharmacie et autre fournisseur ou établissement de soins de santé, l'administrateur ou l'arbitre du régime d'assurance collective ou leurs représentants, assureur, réassureur, régime provincial d'assurance maladie, ministère et agence gouvernementale, mon employeur, mes anciens employeurs et autres personnes, organismes ou institutions ayant des renseignements médicaux ou personnels me concernant à échanger avec Co-operators, l'administrateur du régime et leurs représentants ou agents, tous les renseignements nécessaires pour étudier ma réclamation et juger de son bien-fondé, déterminer mon droit aux prestations et gérer mon dossier. J'autorise l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale à des fins de déclaration fiscale, de vérification d'identité et d'administration de toute prestation. Je reconnais que le fait de refuser ou de retirer mon consentement risque d'entraîner des retards dans le traitement de ma demande ou le refus de prendre la réclamation en charge. Je déclare que l'information fournie dans la présente déclaration et les renseignements communiqués lors d'une entrevue personnelle ou téléphonique relativement à cette demande sont véridiques, complets et exacts. La présente autorisation demeure valable pour toute la durée de la demande, à moins que je ne la révoque par écrit. Une copie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

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.

Signature du participant _____ Date _____
JJ/MMM/AAAA

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

Téléphone (_____) _____

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