

DÉCLARATION DU PARTICIPANT EXONÉRATION DES PRIMES D'ASSURANCE VIE ASSURANCE COLLECTIVE

ADRESSE POSTALE
DIRECTIVES

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

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

Téléc. : 1-866-889-9925

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

 Participant _____
Prénom Initiale Nom de famille

Groupe _____ Compte _____ Certificat _____

Promoteur de régime/Employeur _____ Téléphone (_____) _____

 Date de naissance* _____ Homme Femme Taille _____ Poids _____
JJ/MMM/AAAA

* Si vous avez 60 ans ou plus, joignez une copie de votre certificat de naissance.

Numéro d'assurance sociale** _____

** Le NAS est nécessaire pour les régimes imposables et toute cotisation à un régime de retraite.

 Adresse _____
N° et rue Ville Province Code postal

Téléphone (_____) _____ Cellulaire (_____) _____

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.

2. RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉCLAMATION

 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 blessure ou maladie semblable auparavant? Oui Non

Si oui, décrivez le problème de santé et indiquer la date à laquelle il est apparu, tout traitement reçu et le nombre de jours où vous avez dû vous absenter du travail.

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 du		Date du prochain rendez-vous
		_____	_____	_____
		<small>JJ/MMM/AAAA</small>	<small>JJ/MMM/AAAA</small>	<small>JJ/MMM/AAAA</small>
		_____	_____	_____
		<small>JJ/MMM/AAAA</small>	<small>JJ/MMM/AAAA</small>	<small>JJ/MMM/AAAA</small>
		_____	_____	_____
		<small>JJ/MMM/AAAA</small>	<small>JJ/MMM/AAAA</small>	<small>JJ/MMM/AAAA</small>

 Indiquez les dates d'hospitalisation du _____ au _____
JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAA

2. RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉCLAMATION (SUITE)

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 concernant la restriction de vos activités? _____

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"/> Occupation modifiée	<input type="checkbox"/> Temps partiel	<input type="checkbox"/> Temps plein
Date _____ JJ/MMM/AAAA	Date _____ JJ/MMM/AAAA	Date _____ JJ/MMM/AAAA	Date _____ JJ/MMM/AAAA

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

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

3. RENSEIGNEMENTS SUR LA PROFESSION ET LES ÉTUDES

ÉDUCATION ET FORMATION

Cochez le plus haut niveau de scolarité complété : 6 ans de scolarité ou moins 7 ans 8 ans 9 ans 10 ans 11 ans 12 ans (École secondaire) 13 ans

Type de cours, diplôme ou certificat _____

Autres cours de formation, cours spéciaux ou professionnels _____

EXPÉRIENCES DE TRAVAIL

Emploi actuel

Profession _____ Date de début _____
JJ/MMM/AAAA

Tâches _____

Emplois précédents

Veuillez remplir le tableau ci-dessous en précisant vos emplois antérieurs.

1. Employeur _____ Nom du poste _____ Date d'embauche _____
Tâches _____

2. Employeur _____ Nom du poste _____ Date d'embauche _____
Tâches _____

3. Employeur _____ Nom du poste _____ Date d'embauche _____
Tâches _____

Aptitudes professionnelles

Quelles habiletés avez-vous acquises dans le cadre des emplois que vous avez occupés? (p. ex. : dactylographie, fonctionnement de l'équipement, supervision, etc.)? Le cas échéant, donner votre niveau de compétence.

Intérêts communautaires

Décrivez votre engagement actuel ou passé auprès d'un organisme communautaire ou bénévole.

Loisirs

4. PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

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

5. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

J'ai lu et compris la section intitulée « Protection des renseignements personnels » et j'autorise la collecte, l'utilisation et la communication de mes renseignements personnels aux fins précisées ci-dessus. J'autorise tout médecin, hôpital, clinique, pharmacie et autre fournisseur ou établissement de soins de santé, l'administrateur du régime et ses représentants, assureur, réassureur, régime provincial d'assurance maladie, ministère et agence gouvernementale, mon employeur, mes anciens employeurs et autres personnes ou organismes ayant des renseignements médicaux, professionnels, financiers ou autres me concernant à échanger avec Co-operators Compagnie d'assurance-vie, l'administrateur du régime ou leurs représentants ou agents, tous les renseignements nécessaires pour étudier ma demande de règlement et juger de son bien-fondé, déterminer mon droit aux prestations, gérer mon dossier, évaluer ma capacité à reprendre le travail, faciliter mon retour à la vie active et administrer le régime d'assurance collective.

En contrepartie des prestations d'invalidité que j'ai reçues de Co-operators Compagnie d'assurance-vie, du titulaire ou de l'administrateur du régime (le « payeur »), je consens par la présente à rembourser, conformément aux termes de la police ou des documents constituant le régime, toute somme d'argent qui pourrait être due au payeur, de quelque source qu'elle soit, tel qu'il est défini sous les titres « Prestations de toutes sources » ou « Autres revenus », et je cède à ces fins au payeur, irrévocablement tous mes droits, titres et intérêts dans toutes telles sommes ainsi que dans tout produit du régime d'assurance collective.

J'autorise par la présente Co-operators Compagnie d'assurance-vie à verser les prestations d'invalidité directement dans mon compte et à échanger avec mon institution financière tout renseignement financier pertinent à cette fin. Cette autorisation reste applicable pendant toute la durée de ma demande, sauf en cas d'annulation par écrit de ma part.

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 « Déclaration du participant » 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.

Pour les résidents du Québec — La définition de « prestations de toutes sources ou autres revenus » n'inclut pas les prestations payables par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) ni par la Commission des lésions professionnelles (CLP).

Signature du participant _____ Date _____

JJ/MMM/AAAA