

# DÉCLARATION DU PROMOTEUR DE RÉGIME INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE ASSURANCE COLLECTIVE

## ADRESSE POSTALE

Adresse : Co-operators Compagnie d'assurance-vie  
Service des réclamations, Invalidité  
1900 Albert Street  
Regina, SK S4P 4K8

Télééc. : 1-866-889-9926

## DIRECTIVES

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

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 la maladie ou la blessure est reliée au travail, le participant doit également déposer une demande d'indemnisation à la Commission des accidents du travail (CAT) de sa province.

## 1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

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

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

Date de naissance\* \_\_\_\_\_  Homme  Femme Numéro d'assurance sociale\* \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

\* 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 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

## 2. RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE

Classe ou affiliation syndicale à laquelle le participant appartient (le cas échéant) \_\_\_\_\_

Date à laquelle le participant est devenu assuré au titre de la police d'assurance ILD de Co-operators \_\_\_\_\_ JJ/MMM/AAAA **et** au titre de la police de  
l'assureur précédent \_\_\_\_\_ JJ/MMM/AAAA

Date d'embauche \_\_\_\_\_ 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 (CAT) de sa province?  Oui  Non

Si « non », pourquoi? \_\_\_\_\_

Le participant est :  Payé à l'heure  Salarié  Payé à la commission\*\*\*

\*\*\* Les participants à la commission et les travailleurs autonomes doivent joindre le feuillet T4, l'avis de cotisation et le sommaire des dépenses pour les deux dernières années.

Le participant travaille :  À temps plein  À temps partiel  À contrat (joindre une copie du contrat)

Nombre d'heures travaillées au cours d'une semaine normale \_\_\_\_\_ (sans les heures supplémentaires) Quels jours de la semaine le participant travaille-t-il? \_\_\_\_\_ (p. ex. du lundi au vendredi)

S'agit-il d'un travail par quarts?  Oui  Non Si « oui », quel est l'horaire de l'employé? \_\_\_\_\_

Date de cessation d'emploi (le cas échéant) \_\_\_\_\_ JJ/MMM/AAAA Raison \_\_\_\_\_

## 3. RENSEIGNEMENTS SUR LES REVENUS ET LES GARANTIES

Salaire brut du participant (à l'exception des heures supplémentaires, des commissions et des primes) \_\_\_\_\_ \$

Horaire  Hebdomadaire  Aux deux semaines  Bimensuel  Mensuel  Annuel

**(Joindre une copie du talon de paie pour la dernière période de paie complète)**

Date d'effet du salaire \_\_\_\_\_ JJ/MMM/AAAA

Une partie de la prime est-elle payée par le promoteur du régime ou l'employeur?  Non (non imposable)  Oui (imposable)

Exemption fiscale, selon le formulaire TD1 \_\_\_\_\_ \$ (joindre une copie) (Au Québec, les crédits d'impôt sont établis par le formulaire TP-1015.3)

Retenues salariales habituelles pour : Retraite (le cas échéant) \_\_\_\_\_ \$ REER (le cas échéant) \_\_\_\_\_ \$

### 3. RENSEIGNEMENTS SUR LES REVENUS ET LES GARANTIES (SUITE)

#### AUTRES REVENUS

<input type="checkbox"/> Indemnités de maladie	Du _____ au _____ JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAA	<input type="checkbox"/> Indemnités de vacances	Du _____ au _____ JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAA
<input type="checkbox"/> Rente d'invalidité de la CAT	Du _____ au _____ JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAA État _____	<input type="checkbox"/> Prestations d'assurance-emploi	Du _____ au _____ JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAA État _____
<input type="checkbox"/> Prestations d'invalidité de courte durée	Du _____ au _____ JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAA État _____	<input type="checkbox"/> Autre revenu	Du _____ au _____ JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAA Précisez _____

### 4. RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉGIME DE RETRAITE (LE CAS ÉCHÉANT)

Au moment de l'invalidité, le participant cotisait-il à l'un des régimes de retraite ci-dessous?  Oui  Non

Régime à prestations déterminées  Régime à cotisations déterminées  REER collectif  REER individuel

Administré par (institution financière ou organisation) \_\_\_\_\_

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

Date à laquelle le participant est devenu ou deviendra admissible à cotiser \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

Nom du régime \_\_\_\_\_ Numéro du compte/d'enregistrement \_\_\_\_\_

Pourcentage de cotisations avant l'invalidité : Participant \_\_\_\_\_ % Employeur \_\_\_\_\_ %

### 5. RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI

Quel poste le participant occupait-il au moment de l'arrêt de travail? \_\_\_\_\_

Depuis combien de temps le participant occupait-il ce poste? \_\_\_\_\_

Veillez décrire les tâches habituelles du participant, ainsi que toute modification apportée à celles ci, le cas échéant. **Veillez joindre une copie de la description de poste fournie par l'employeur.**

\_\_\_\_\_

Quand la maladie ou la blessure du participant a-t-elle commencé à nuire à son travail? \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

Selon vos observations, comment le rendement du participant a-t-il changé? \_\_\_\_\_

Êtes-vous en mesure d'offrir : Un horaire modifié?  Oui  Non Des tâches modifiées?  Oui  Non

Avez-vous discuté d'un éventuel retour au travail avec le participant?  Oui  Non Si oui, indiquez la date et tout autre détail pertinent \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

Le poste a-t-il été aboli?  Oui  Non

### ANALYSE DES EXIGENCES PHYSIQUES

L'analyse suivante sur les exigences physiques du poste occupé par le participant doit être remplie par son superviseur. Dans la colonne appropriée, veuillez indiquer le nombre moyen d'heures dédié à chacune des activités suivantes :

		Sans interruption	Total par jour
1	Rester assis		
2	Rester debout		
3	Conduire		
4	Se pencher		
5	Monter ou descendre l'escalier		
6	Soulever un poids	<input type="checkbox"/> 0-10 lb <input type="checkbox"/> 10-20 lb <input type="checkbox"/> 20-50 lb <input type="checkbox"/> 50 lb et plus avec un appareil? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
7	Pousser/Tirer	<input type="checkbox"/> 0-10 lb <input type="checkbox"/> 10-20 lb <input type="checkbox"/> 20-50 lb <input type="checkbox"/> 50 lb et plus	

## 5. RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI (SUITE)

Veillez décrire l'environnement de travail (p. ex. température, niveaux de bruit, exposition à des produits chimiques ou à la poussière, etc.)

Veillez énumérer les machines, outils ou autres pièces d'équipement que le participant utilise dans le cadre de son travail

Veillez ajouter tout autre renseignement pertinent à cette demande qui n'a pas été mentionné auparavant

## 6. DÉCLARATION

Nom du promoteur \_\_\_\_\_

Téléphone ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Cellulaire ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Télécopieur ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Nom du superviseur \_\_\_\_\_ Téléphone ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

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

Déclaration remplie par \_\_\_\_\_  
Nom (en lettres moulées) \_\_\_\_\_ Titre \_\_\_\_\_

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

Si vous désirez que Co-operators communique avec vous par courriel concernant cette demande de prestations d'invalidité, veuillez donner votre adresse de 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.

Signature d'une personne autorisée \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

### 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)