

Pour éviter tout retard, inscrire les renseignements demandés au stylo et en lettres moulées.

1. RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI

À remplir par l'administrateur du régime

L'administrateur du régime doit confirmer l'admissibilité du participant avant de remplir le formulaire.

Si l'adhésion n'a pas lieu dans les délais prescrits, l'assurance peut être limitée ou refusée en fonction de la preuve d'assurabilité. Dans le cas d'une adhésion tardive, il faut remplir la Déclaration d'assurabilité et la joindre à la demande.

Conservez une copie pour vos dossiers.

Groupe _____ Compte _____ Catégorie _____ Certificat _____

Nom du groupe _____

Entrée en service _____ Temps plein Temps partiel Contractuel
JJ/MMM/AAAA

Salaire (\$) _____ Heure/semaine _____ Horaire Hebdomadaire Aux deux semaines
 À la quinzaine Mensuel Annuel

Poste _____ Province de résidence _____ Province de travail _____

L'employé et ses personnes à charge sont-ils assurés par un régime public d'assurance maladie valide? Oui Non

Compte de crédits-santé (s'il y a lieu) Montant du dépôt _____ \$

Compte de dépenses personnelles (s'il y a lieu) Montant du dépôt _____ \$

Je confirme que le participant travaille effectivement le nombre d'heures minimales indiquées dans la police et qu'il réside au Canada. Je déclare que les renseignements fournis sont complets et exacts.

Signature _____ Date _____
Administrateur du régime JJ/MMM/AAAA

Courriel de l'administrateur du régime _____ Numéro de téléphone _____

2. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT AU RÉGIME

À remplir par le participant au régime

« Conjoint de fait » désigne la personne avec qui vous vivez et que vous considérez comme votre conjoint ou partenaire depuis au moins 12 mois consécutifs, et que vous présentez publiquement comme étant votre conjoint de fait.

Participant _____
Prénom Initiale Nom de famille

Adresse _____
N° et rue Ville Province Code postal

Date de naissance _____ Homme Femme
JJ/MMM/AAAA

Assurance maladie provinciale? Oui Non

État matrimonial : Célibataire Marié/Union civile *Conjoint de fait Vivons ensemble depuis : _____
JJ/MMM/AAAA

3. REFUS DES GARANTIES

À remplir par le participant au régime

Pour souscrire ces garanties à une date ultérieure, vous devez en faire la demande dans les 31 jours suivant la fin de l'assurance de votre conjoint. Au-delà de ce délai, une preuve d'assurabilité peut être requise, et l'assurance peut être limitée ou refusée.

Le participant au régime doit apposer ses initiales à côté de chacun des changements.

Vous pouvez renoncer aux garanties d'assurance maladie complémentaire et soins dentaires si vous et votre conjoint ou vos personnes à charge bénéficiez d'une protection similaire par l'intermédiaire de l'employeur de votre conjoint. Je comprends les garanties collectives qui me sont offertes, mais **je renonce** aux garanties suivantes :

Assurance maladie complémentaire : Moi-même et mon conjoint ou mes personnes à charge
 Mon conjoint ou mes personnes à charge uniquement

Soins dentaires : Moi-même et mon conjoint ou mes personnes à charge
 Mon conjoint ou mes personnes à charge uniquement

Assureur du conjoint _____

4. RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE

À remplir par le participant au régime

Les renseignements ci-dessous sont requis si le régime comprend l'une des garanties suivantes : maladie complémentaire, soins dentaires ou assurance vie des personnes à charge.

S'il y a plus de quatre personnes à votre charge, veuillez joindre une autre page.

**Il faut remplir la Déclaration d'assurabilité des personnes à charge lorsque la personne à charge handicapée atteint l'âge maximal prévu par la police.

Vous devez informer Co-operators Compagnie d'assurance-vie en cas de changement du statut d'étudiant.

Conjoint _____ Date de naissance _____
Prénom Initiale Nom de famille JJ/MMM/AAAA

Homme Femme Assurance maladie provinciale? Oui Non

PERSONNES À CHARGE ADMISSIBLES

1. _____ Date de naissance _____
Prénom Initiale Nom de famille JJ/MMM/AAAA

Homme Femme Étudiant postsecondaire Personne à charge handicapée**
 Assurance maladie provinciale? Oui Non

2. _____ Date de naissance _____
Prénom Initiale Nom de famille JJ/MMM/AAAA

Homme Femme Étudiant postsecondaire Personne à charge handicapée**
 Assurance maladie provinciale? Oui Non

3. _____ Date de naissance _____
Prénom Initiale Nom de famille JJ/MMM/AAAA

Homme Femme Étudiant postsecondaire Personne à charge handicapée**
 Assurance maladie provinciale? Oui Non

4. _____ Date de naissance _____
Prénom Initiale Nom de famille JJ/MMM/AAAA

Homme Femme Étudiant postsecondaire Personne à charge handicapée**
 Assurance maladie provinciale? Oui Non

4. RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE (SUITE)

Si la coordination des prestations prend fin ou si des modifications y sont apportées, un avis doit nous être transmis dans un délai de 31 jours.

COORDINATION DES PRESTATIONS

Veillez remplir cette section si votre régime inclut l'assurance maladie complémentaire et soins dentaires, et que vous n'avez pas renoncé aux garanties pour votre conjoint ou vos personnes à charge à la section 3.

Veillez cocher si vous ou vos personnes à charge avez droit à des prestations provenant d'une autre source ou d'un autre assureur pour les garanties suivantes :

Maladie complémentaire et soins dentaires Maladie complémentaire UNIQUEMENT Soins dentaires UNIQUEMENT

5. RENSEIGNEMENTS SUR LE BÉNÉFICIAIRE

À remplir par le participant au régime

La répartition se fait à parts égales entre les bénéficiaires, à moins d'indication contraire. Le total des pourcentages doit correspondre à 100 %.

Si vous ne désignez pas de bénéficiaire, votre « succession » sera le bénéficiaire par défaut.

Le produit de l'assurance revient au bénéficiaire subsidiaire uniquement si le premier bénéficiaire décède avant l'assuré.

Le participant au régime doit apposer ses initiales à côté de chacun des changements.

En l'absence d'un fiduciaire pour les enfants mineurs, les sommes assurées sont remises au curateur public (ou à l'autorité gouvernementale équivalente) jusqu'à la majorité des enfants.

Au Québec, les dispositions du Code civil s'appliquent. Il n'est donc pas nécessaire de désigner un fiduciaire, car la part de l'enfant est directement remise à son tuteur.

PREMIERS BÉNÉFICIAIRES

% attribué

Prénom Initiale Nom de famille Lien avec l'assuré %

Prénom Initiale Nom de famille Lien avec l'assuré %

BÉNÉFICIAIRE SUBSIDIAIRE

% attribué

Prénom Initiale Nom de famille Lien avec l'assuré %

Sauf au Québec, il faut nommer un fiduciaire si le bénéficiaire est mineur. Le produit de l'assurance est payable au fiduciaire si le bénéficiaire n'a pas atteint l'âge de la majorité au moment de toucher les sommes dues.

Fiduciaire _____
Prénom Initiale Nom de famille Lien avec l'assuré

Au Québec, la désignation du conjoint à titre de bénéficiaire est irrévocable, à moins d'indication contraire de votre part.

Je désigne mon conjoint comme bénéficiaire révocable : Oui

6. PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE

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

7. SIGNATURE DU PARTICIPANT AU RÉGIME

À remplir par le participant au régime

J'ai lu et compris la section intitulée « Protection de la vie privée » et j'autorise la collecte, l'utilisation et la divulgation 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, Co-operators ou ses agents, ou toute autre personne ou organisme 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.

Signature _____ Date _____

JJ/MM/AAAA