

ASSURANCE COLLECTIVE DÉCLARATION D'ADMISSIBILITÉ À TITRE D'ÉTUDIANT

DIRECTIVES

Conservez une copie pour vos dossiers.

Envoyer le formulaire rempli par courriel à : student_verification@cooperators.ca. Envoyer également une copie à l'administrateur de votre régime.

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Groupe _____ Compte _____ Certificat _____

Nom du groupe _____

Participant _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____

Personne à charge _____ Date de naissance _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____ JJ/MMM/AAAA

2. AJOUT OU RETRAIT DE LA COUVERTURE D'UN ÉTUDIANT

Ajouter une couverture d'étudiant

La personne à charge susmentionnée est inscrite à titre d'étudiant à temps plein en date du _____
JJ/MMM/AAAA

Retirer une couverture d'étudiant

La personne à charge susmentionnée a terminé ses études ou n'est plus un étudiant à temps plein depuis le _____
JJ/MMM/AAAA

3. 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 pouvons 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

4. SIGNATURE DU PARTICIPANT

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 à 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 la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature du participant _____ Date _____
JJ/MMM/AAAA