

L'assureur de la police est  Co-operators Compagnie d'assurance-vie  La Compagnie d'Assurance-Vie CUMIS

Co-operators Compagnie d'assurance-vie et La Compagnie d'Assurance-Vie CUMIS sont des sociétés affiliées du groupe de sociétés Co-operators.

La case cochée ci-dessus indique quel assureur souscrit et administre votre police.

## COORDONNÉES

Adresse : Co-operators Compagnie d'assurance-vie  
La Compagnie d'Assurance-Vie CUMIS  
Service des règlements Vie  
1920 College Avenue  
Regina SK S4P 1C4

Tél. : 1-800-454-8061 Téléc. : 1-866-240-2153

## DIRECTIVES

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

Le demandeur prend à sa charge les frais exigés pour remplir le présent formulaire.

**Une fois le formulaire rempli, le bureau du médecin doit l'envoyer directement par télécopieur ou par la poste à l'adresse ci-indiquée (document original).**

## 1. RENSEIGNEMENTS SUR LE DÉFUNT

Nom du défunt \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_ Initiale \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

Date du décès \_\_\_\_\_ Lieu du décès (nom de l'hôpital ou de l'établissement, le cas échéant) \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

CAUSE DU DÉCÈS	DATE DU DIAGNOSTIC
<b>Cause immédiate du décès :</b>	
<b>Causes sous-jacentes du décès :</b>	
<b>Autres facteurs importants :</b>	

Le défunt est-il décédé du cancer?  Oui  Non Si oui, indiquez la date du diagnostic de cancer primaire \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

Si le décès n'est pas uniquement attribuable à une maladie, indiquez les circonstances du décès (p. ex. accident, homicide ou suicide) :

A-t-on mené une enquête?  Oui  Non A-t-on fait une autopsie?  Oui  Non Si oui, qui en était responsable? \_\_\_\_\_

Combien de temps avez-vous traité le défunt? \_\_\_\_\_

Au cours des 3 dernières années, le défunt a-t-il reçu des soins d'un autre médecin, ou dans un autre hôpital ou établissement?  Oui  Non

Si oui, répondez aux questions suivantes :

Nom	Adresse	Maladie ou blessure	Date (JJ/MMM/AAAA)

Le défunt était-il informé de la nature de sa maladie?  Oui  Non Si oui, quand a-t-il été informé? \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

Le défunt a-t-il déjà consommé, sous quelque forme que ce soit, du tabac, de la marijuana, des produits à base de nicotine ou des substituts de ces produits (y compris les timbres et la gomme à la nicotine)?  Oui  Non  Ne sais pas

Le défunt a-t-il déjà arrêté de fumer?  Oui  Non  Ne sais pas Si oui, quand et pour combien de temps? \_\_\_\_\_

## 2. DÉCLARATION DU MÉDECIN

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

Médecin traitant (en lettres moulées) \_\_\_\_\_

Spécialité autorisée \_\_\_\_\_ Médecin de famille  Oui  Non

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

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

Signature du médecin \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

Étampe du médecin

### 3. DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ

**Déclaration de confidentialité  
Co-operators Compagnie d'assurance-vie  
La Compagnie d'Assurance-Vie CUMIS**

Co-operators Compagnie d'assurance-vie et La Compagnie d'Assurance-Vie CUMIS s'engagent à protéger la vie privée de leurs clients, ainsi que la confidentialité, l'exactitude et la sécurité des renseignements personnels recueillis, utilisés, conservés et divulgués dans le cadre de leurs affaires.

Chacun des assureurs susmentionnés reconnaît et respecte le droit à la vie privée. Lorsque vous adhérez à une assurance ou que vous présentez une demande de règlement, nous établissons un dossier confidentiel, puis nous recueillons, utilisons et divulguons des renseignements personnels à votre sujet pour établir, administrer, traiter et gérer votre assurance. Vous pouvez accéder à vos renseignements personnels et les corriger, au besoin, en nous transmettant une demande par écrit.

Seuls les membres de notre personnel et d'autres personnes autorisées ont accès à vos renseignements personnels afin d'exécuter leurs fonctions. Nos systèmes et procédures sont conçus pour prévenir la perte, l'utilisation inappropriée ou non autorisée, la divulgation, la modification ou la destruction de vos renseignements. Notre engagement à l'égard de la sécurité s'applique également aux contrats et aux ententes que nous signons avec nos fournisseurs et prestataires de services externes. Nous pouvons conserver et utiliser vos renseignements personnels au Canada, aux États-Unis et dans d'autres pays à des fins de traitement, de stockage, d'analyse ou de reprise des activités après sinistre. De plus, ceux-ci peuvent être divulgués, dans le cadre d'une ordonnance légale et en vertu des lois applicables, à un gouvernement, à un tribunal, ainsi qu'à un organisme de réglementation et d'application de la loi. Vous trouverez plus d'information concernant la politique sur la vie privée de Co-operators Compagnie d'assurance-vie et de La Compagnie d'Assurance-Vie CUMIS au [www.cooperators.ca](http://www.cooperators.ca). Pour toute question sur le sujet ou sur la collecte, l'utilisation et la divulgation de vos renseignements personnels, communiquez avec la Protection de la vie privée au 130 MacDonell Street, Guelph (Ontario) N1H 6P8. Téléphone : 1-888-887-7773. Courriel : [privacy@cooperators.ca](mailto:privacy@cooperators.ca). (Dans votre demande, veuillez préciser de quel assureur il s'agit, soit Co-operators Compagnie d'assurance-vie ou La Compagnie d'Assurance-Vie CUMIS.)

Si vous refusez l'utilisation ou la divulgation de vos renseignements personnels dans le cadre de votre demande d'adhésion et de la gestion de toute police que nous établissons, nous ne serons pas en mesure de vous offrir le produit d'assurance qui vous intéresse, de gérer votre assurance ou de traiter votre demande de règlement.