

## PRESTATIONS D'INVALIDITÉ

Les prestations servent à remplacer une partie de votre salaire en cas d'incapacité de travail par suite d'une maladie ou d'une blessure.

Vous n'êtes pas automatiquement admissible aux prestations d'invalidité. Avant de déterminer votre admissibilité aux prestations d'invalidité, nous devons d'abord établir : si vous êtes un participant admissible et assuré; si vous avez présenté une preuve satisfaisante d'« invalidité totale », au sens donné dans votre police d'assurance collective; si vous avez respecté le délai de carence ainsi que les modalités de votre police d'assurance collective.

Veillez vérifier auprès de votre promoteur de régime ou consulter votre livret d'assurance collective pour connaître le délai de carence qui détermine le moment de présenter une réclamation.

<b>Délai de carence</b>	<b>Quand présenter une réclamation?</b>
Moins de 60 jours	Immédiatement après le dernier jour travaillé
Plus de 60 jours	Six semaines avant la fin du délai de carence

## VOICI LES RENSEIGNEMENTS DONT NOUS AVONS BESOIN :

### Déclaration du participant

Ce formulaire contient des questions d'ordre général vous concernant, comme votre profession et la nature de votre invalidité, pour le traitement de votre réclamation. Veuillez répondre à toutes les questions du formulaire en prenant soin d'indiquer le numéro de groupe.

### Déclaration du médecin traitant

Veillez demander à votre médecin de remplir la déclaration du médecin traitant propre à votre diagnostic primaire. Il existe deux formulaires : un pour les troubles de santé mentale et un pour toutes les autres affections. Assurez-vous que votre médecin joint une copie de tout résultat d'examen ou rapport de spécialiste et qu'il indique tout renseignement supplémentaire qui pourrait nous aider à évaluer votre demande.

Il vous incombe de fournir la preuve médicale de votre admissibilité aux prestations d'invalidité. Les honoraires que votre médecin peut exiger pour remplir les formulaires de réclamation sont à votre charge. Si nous lui demandons directement de nous fournir des renseignements, nous pourrions lui offrir de prendre les frais d'envoi à notre charge.

### Déclaration du promoteur de régime

Assurez-vous que votre employeur envoie à notre siège social la Déclaration du promoteur de régime.

## ENTREVUE LIÉE À LA RÉCLAMATION

Un représentant de Co-operators Compagnie d'assurance-vie peut communiquer avec vous par téléphone pour obtenir des renseignements sur votre profession, vos études et vos expériences de travail, vos antécédents médicaux et votre état de santé actuel.

## PRESTATIONS D'INVALIDITÉ DU RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA (RPC) ET DU RÉGIME DE RENTES DU QUÉBEC (RRQ)

Si vous avez déjà demandé des prestations d'invalidité auprès du RPC ou du RRQ, veuillez joindre l'avis d'acceptation à votre demande. Dans le cas contraire, nous pourrions exiger que vous présentiez une telle demande auprès du RPC ou du RRQ.

## INDEMNISATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Si vous avez présenté une demande d'indemnisation à la commission des accidents du travail de votre province, vous devez tout de même faire une demande de prestations d'invalidité auprès de votre police d'assurance collective afin de respecter les délais prescrits dans la police.

## AUTORISATION ET PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nous devons obtenir votre autorisation pour recueillir des renseignements nous permettant d'évaluer votre réclamation. En signant le formulaire d'autorisation, vous autorisez Co-operators Compagnie d'assurance-vie à recueillir des renseignements auprès de vos fournisseurs de soins, de votre promoteur de régime, d'autres assureurs et des hôpitaux où vous avez reçu des soins. Co-operators s'engage à protéger la vie privée de sa clientèle, ainsi que la confidentialité, l'exactitude et la sécurité des renseignements personnels recueillis, utilisés, conservés et divulgués dans le cadre de ses affaires.

Vous trouverez plus de détails sur notre politique révisée de protection des renseignements personnels à [www.cooperators.ca/vie-privee](http://www.cooperators.ca/vie-privee). Pour toute question sur le sujet ou sur la collecte, l'utilisation, la conservation et la communication de vos renseignements personnels, communiquez avec le Bureau de la protection de la vie privée de Co-operators par téléphone au 1-888-887-7773 ou par courriel à [privacy@cooperators.ca](mailto:privacy@cooperators.ca).

## PERSONNE-RESSOURCE

L'administrateur de votre régime est à votre entière disposition pour répondre à vos questions. Vous pouvez aussi composer le 1-866-442-3098. Veuillez avoir en main votre numéro de groupe et votre numéro de certificat.

# DÉCLARATION DU PARTICIPANT INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE ASSURANCE COLLECTIVE

## COORDONNÉES

Adresse : Co-operators Compagnie d'assurance-vie  
 Réclamations invalidité  
 1900 Albert Street  
 Regina, SK S4P 4K8

Télééc.: 1-866-889-9926

Courriel : [disability\\_claims\\_admin@cooperators.ca](mailto:disability_claims_admin@cooperators.ca)

## DIRECTIVES

Pour éviter tout retard, fournir les renseignements demandés.

Si la maladie ou la blessure est reliée au travail, vous devez également déposer une demande d'indemnisation à la commission des accidents du travail de votre province.

Retourner le formulaire rempli par courriel, par télécopieur ou par la poste (document original) aux coordonnées ci-contre.

## RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

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

Participant \_\_\_\_\_  
Prénom Initialie Nom de famille

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

Téléphone \_\_\_\_\_ Cellulaire \_\_\_\_\_

Date de naissance\* \_\_\_\_\_ Sexe  H  F  X Taille \_\_\_\_\_ Poids \_\_\_\_\_ N° d'assurance sociale\*\* \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

\*Si vous avez 60 ans ou plus, joignez une copie de votre certificat de naissance. \*\*Le NAS est nécessaire pour les régimes imposables et toute cotisation à un régime de retraite.

Promoteur de régime/Employeur \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

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

Vous reconnaissez que les données transmises via Internet peuvent être interceptées et vous assumez les risques associés à cette méthode de transmission. Si vous ne souhaitez plus communiquer avec Co-operators Compagnie d'assurance-vie par courriel, veuillez nous en informer par écrit à l'adresse [disability\\_claims\\_admin@cooperators.ca](mailto:disability_claims_admin@cooperators.ca).

## 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 indiquez la date où il est apparu, tout traitement reçu et le nombre de jours où vous avez dû vous absenter du travail :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si votre état de santé est le résultat d'une blessure ou d'un accident d'automobile, décrivez les circonstances de l'accident.

Date \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

Détails \_\_\_\_\_

a) La blessure était-elle reliée au travail? .....  Oui  Non

b) Un tiers était-il l'auteur de l'accident? .....  Oui  Non

c) L'alcool a-t-il joué un rôle dans les circonstances de l'accident? .....  Oui  Non

d) L'accident a-t-il été déclaré à la police? .....  Oui  Non

Si oui, joignez une copie du rapport de police.

e) Des accusations ont-elles été portées? .....  Oui  Non

f) Avez-vous engagé des poursuites pour perte de revenu contre un tiers? .....  Oui  Non

## RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉCLAMATION (SUITE)

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		Date du prochain rendez-vous
		Du	Au	
		_____ JJ/MMM/AAAA	_____ JJ/MMM/AAAA	_____ JJ/MMM/AAAA
		_____ JJ/MMM/AAAA	_____ JJ/MMM/AAAA	_____ JJ/MMM/AAAA
		_____ JJ/MMM/AAAA	_____ JJ/MMM/AAAA	_____ JJ/MMM/AAAA

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

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 l'employeur? .....  Oui  Non

Tâches habituelles       Tâches modifiées       Temps partiel       Temps plein  
 Date \_\_\_\_\_      Date \_\_\_\_\_      Date \_\_\_\_\_      Date \_\_\_\_\_  
 JJ/MMM/AAAA      JJ/MMM/AAAA      JJ/MMM/AAAA      JJ/MMM/AAAA

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

Tâches habituelles       Tâches modifiées       Temps partiel       Temps plein  
 Date \_\_\_\_\_      Date \_\_\_\_\_      Date \_\_\_\_\_      Date \_\_\_\_\_  
 JJ/MMM/AAAA      JJ/MMM/AAAA      JJ/MMM/AAAA      JJ/MMM/AAAA

## AUTRES REVENUS

Avez-vous présenté une demande pour les prestations suivantes ou les recevez-vous actuellement?  
(Joignez une copie de toute la correspondance reçue.)

	J'en ai fait la demande	Je les reçois actuellement	Date de la demande	Date d'effet	Montant
Indemnisation des accidents du travail	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____ JJ/MMM/AAAA	_____ JJ/MMM/AAAA	\$ _____ par semaine/aux deux semaines
RPC ou RRQ					
Retraite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____ JJ/MMM/AAAA	_____ JJ/MMM/AAAA	\$ _____ par mois
Invalidité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____ JJ/MMM/AAAA	_____ JJ/MMM/AAAA	\$ _____ par mois
Assurance automobile	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____ JJ/MMM/AAAA	_____ JJ/MMM/AAAA	\$ _____ par semaine/par mois
Assurance-emploi	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____ JJ/MMM/AAAA	_____ JJ/MMM/AAAA	\$ _____ par semaine/par mois
Autre : _____ (Précisez)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____ JJ/MMM/AAAA	_____ JJ/MMM/AAAA	\$ _____ par semaine/par mois

**RENSEIGNEMENTS SUR LA PROFESSION ET LES ÉTUDES 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, donnez votre niveau de compétence.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Intérêts communautaires**

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

\_\_\_\_\_

**Loisirs**

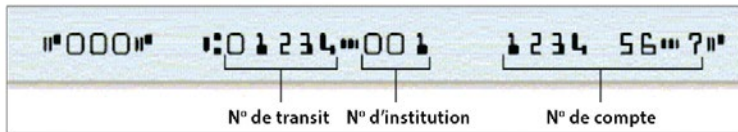
\_\_\_\_\_

**DÉPÔT DIRECT (LA PRÉSENTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE POUR NOUS PERMETTRE D'EFFECTUER UN PAIEMENT)**

Les dépôts directs permettent à Co-operators Compagnie d'assurance-vie de verser vos prestations d'invalidité directement dans un compte que vous détenez auprès de votre institution financière. Les sommes sont déposées dans un délai de 1 à 3 jours ouvrables.

Institution financière \_\_\_\_\_

**Prrière de joindre un spécimen de chèque ou de nous fournir les indications requises selon l'exemple donné ci-dessous :**



N° de transit \_\_\_\_\_  
(5 chiffres)

Institution financière \_\_\_\_\_  
(3 chiffres)

N° de compte \_\_\_\_\_  
(maximum 12 chiffres)

## CONFIDENTIALITÉ

### Déclaration de confidentialité de Co-operators

Co-operators reconnaît et respecte l'importance de la protection de la vie privée. Lorsque vous souscrivez une assurance ou ouvrez un compte chez nous, nous vous demandons votre consentement pour recueillir, utiliser, conserver et communiquer vos renseignements personnels. Nous vous indiquons de quels renseignements nous avons besoin, ce que nous en ferons et à qui nous les communiquerons. Nous ouvrons un dossier confidentiel pour recueillir, utiliser, conserver et communiquer vos renseignements personnels aux fins suivantes : confirmer votre identité; étudier vos besoins d'assurance et déterminer la pertinence de nos produits et services pour vous; évaluer votre proposition d'assurance; établir et administrer votre police, y compris l'évaluation et le traitement des demandes de règlement; administrer vos placements; remplir nos obligations contractuelles et réglementaires; détecter et prévenir la fraude; et procéder à des analyses commerciales et statistiques. Nous ne communiquons vos renseignements personnels à aucune autre fin, à moins d'avoir obtenu votre consentement ou d'en avoir l'obligation ou l'autorisation légale.

Nous pouvons vous renseigner sur des produits et services qui pourraient vous intéresser. Vous pouvez nous dire quelles informations vous désirez recevoir de notre part et retirer votre consentement en tout temps. Vous pouvez accéder aux renseignements personnels contenus dans votre dossier et, au besoin, les faire corriger en nous le demandant par écrit.

Nous avons restreint l'accès à vos renseignements personnels à nos employés et employées 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, de stockage, d'analyse ou de reprise des activités après sinistre à l'extérieur du Canada ou de votre province de résidence. La loi pourrait les obliger à divulguer vos renseignements personnels à des cours de justice, à des gouvernements ou à des organismes de réglementation hors du Canada. Afin de protéger vos renseignements personnels, nous veillons à inclure des dispositions de sécurité et de protection de la vie privée dans tous les contrats que nous concluons avec des fournisseurs de services externes.

Vous trouverez plus de détails sur notre politique révisée de protection des renseignements personnels à [www.cooperators.ca/vie-privee](http://www.cooperators.ca/vie-privee). Pour toute question sur le sujet ou sur la collecte, l'utilisation, la conservation et la communication de vos renseignements personnels, communiquez avec le Bureau de la protection de la vie privée de Co-operators par téléphone au 1-888-887-7773 ou par courriel à [privacy@cooperators.ca](mailto:privacy@cooperators.ca).

## RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

J'ai lu et compris la section intitulée « Protection de la vie privée » 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 que j'ai reçues de Co-operators Compagnie d'assurance-vie, du titulaire de la police ou de l'administrateur du régime (le « payeur »), je consens par la présente à rembourser, conformément aux termes de la police ou du document constatant le régime, toutes sommes d'argent qui pourraient être dues au payeur, de quelque source qu'elles soient, au sens 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