

DEMANDE D'ASSURANCE COLLECTIVE POUR UNE PERSONNE À CHARGE AYANT DÉPASSÉ L'ÂGE LIMITE

Ce produit vise à couvrir les personnes à charge ayant dépassé l'âge limite qui ne sont pas capables d'occuper un emploi lucratif ou de faire des études menant à un emploi, et qui n'ont pas l'option ou l'occasion d'améliorer leur situation de vie.

COORDONNÉES

Adresse : Co-operators Compagnie d'assurance-vie
Service à la clientèle (Collective)
1900 Albert Street
Regina SK S4P 4K8

Courriel : service_client_collective@cooperators.ca

Tél. : 1-800-667-8164

Télééc. : 1-866-889-9924

DIRECTIVES

Pour éviter tout retard, fournir tous les renseignements demandés.

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

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT OU LA PARTICIPANTE

Groupe _____ Compte _____ Certificat _____

Nom du groupe _____

Participant-e _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____

Adresse _____
N° et rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone _____

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 service_client_collective@cooperators.ca.

RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE À CHARGE

Personne à charge _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____

Date de naissance _____ Sexe H F
(JJ/MMM/AAAA)

1. Veuillez décrire la nature et la gravité de l'invalidité ou du problème médical.

2. La personne à charge a-t-elle déjà travaillé? Oui Non

Si oui, préciser. Veuillez fournir les dates, les heures hebdomadaires ainsi qu'une description de l'emploi et des tâches.

3. La personne à charge a-t-elle déjà fréquenté un établissement scolaire? Oui Non

Si oui, préciser. Veuillez indiquer les dates, les heures hebdomadaires ainsi que le type d'établissement scolaire.

4. Est-ce que l'invalidité ou le problème médical de la personne à charge l'empêchera toujours d'occuper un emploi rémunéré? Oui Non

Si oui, préciser.

5. Qui est la ou le médecin de famille habituel de la personne à charge? (Si elle n'en a pas, indiquer le nom de la clinique sans rendez-vous fréquentée.)

Adresse _____
N° et rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Date approximative de la dernière consultation _____ Raison et résultats _____
(JJ/MMM/AAAA)

DÉCLARATION MÉDICALE (À REMPLIR PAR LA OU LE MÉDECIN TRAITANT)

Veillez exclure de votre réponse toute information relative à des tests génétiques (c.-à-d. tests visant l'analyse de l'ADN, de l'ARN ou des chromosomes à des fins telles la prédiction de maladies ou de risques de transmission verticale, ou la surveillance, le diagnostic ou le pronostic).

1. Veuillez indiquer le problème médical/le diagnostic et l'âge au moment du diagnostic. _____
Gravité : Faible Moyenne Élevée Très élevée
 Problème médical permanent Problème médical temporaire
2. La personne à charge a-t-elle déjà reçu un diagnostic de dépression ou de tout autre trouble mental, ou a-t-elle déjà eu besoin de médicaments pour traiter une telle affection? Oui Non
Si oui, préciser. _____
3. La personne à charge a-t-elle besoin d'aide ou de supervision pour les activités de la vie quotidienne? Oui Non
Si oui, préciser. _____
4. La personne à charge est-elle atteinte de déficiences physiques? Oui Non
Ces déficiences sont-elles permanentes? Oui Non
Si les déficiences ne sont pas permanentes, quand devraient-elles être corrigées ou quand s'attend-on à voir une amélioration?

5. La personne à charge est-elle atteinte de déficiences cognitives? Oui Non
Ces déficiences sont-elles permanentes? Oui Non
Si les déficiences ne sont pas permanentes, quand devraient-elles être corrigées ou quand s'attend-on à voir une amélioration?

Veillez décrire la nature et la gravité des déficiences cognitives.

6. Est-ce que l'invalidité ou le problème médical de la personne à charge l'empêchera toujours d'occuper un emploi rémunéré? Oui Non
Si oui, préciser. _____
7. Veuillez fournir tout renseignement supplémentaire sur le problème médical qui pourrait, selon vous, aider à traiter la demande.

Médecin _____ Spécialité _____
Prénom Nom de famille

Adresse _____
N° et rue Ville Province Code postal

Téléphone _____

Signature de la ou du médecin _____ Date _____
(JJ/MMM/AAAA)

DÉCLARATION ET AUTORISATION

Autorisation et consentement du demandeur ou de la demandeuse

J'autorise toute personne ou organisation ayant des renseignements personnels ou médicaux me concernant à les communiquer à Co-operators (ou à ses conseillers et conseillères, représentants et représentantes, et administrateurs et administratrices) en vue de ce qui suit : évaluation du risque, détermination de mon droit à l'assurance et traitement de toute demande de règlement. J'autorise Co-operators à divulguer les renseignements personnels ou médicaux me concernant à ses réassureurs et à ma ou mon médecin ainsi qu'aux autorités de santé publique, au besoin. La présente autorisation demeure valable jusqu'à ce que je la révoque par écrit. Une copie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

Reconnaissance et déclaration du demandeur ou de la demandeuse

Je déclare que toute ou tout enfant à charge qui n'est pas mon enfant naturel ou adopté habite avec moi depuis au moins 12 mois consécutifs. Je confirme avoir l'autorisation d'agir au nom de mon conjoint ou de ma conjointe et de mes personnes à charge. Il est entendu que Co-operators (ou ses conseillers et conseillères, représentants et représentantes, et administrateurs et administratrices) peut me demander de subir un examen médical ou paramédical afin de déterminer mon droit à l'assurance. Je comprends que le fait de refuser risque d'entraîner des retards dans le traitement de ma demande ou le refus de celle-ci. Il est entendu que toute information tirée d'un examen médical ou paramédical, d'une déclaration d'assurabilité, d'un questionnaire ou de tout autre document présenté comme preuve d'assurabilité fait partie intégrante de ma demande d'adhésion à l'assurance. En outre, je déclare que les renseignements inscrits dans ma demande d'adhésion à l'assurance sont vrais, complets et exacts. Il est entendu que tout défaut de divulguer des renseignements vrais, complets et exacts ou toute réticence influant sur l'évaluation du risque peut entraîner l'annulation de mon assurance.

Signature du participant ou de la participante _____ Date _____
(JJ/MMM/AAAA)

Signature de la personne à charge _____ Date _____
(JJ/MMM/AAAA)

Tous les frais engagés en vue d'obtenir les renseignements requis dans ce formulaire ou tout autre renseignement sont à la charge du participant ou de la participante.

Si ce formulaire ne nous parvient pas dans les 60 jours suivant la date de la signature, une nouvelle demande devra être présentée.

PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE

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 de protection des renseignements personnels ainsi que les coordonnées de notre Bureau de la protection de la vie privée à cooperators.ca/vie-privee.