

GÉNÉRALITÉS

Vous trouverez ici un aperçu des garanties auxquelles vos enfants sont admissibles. Cependant, ce texte ne confère aucun droit, contractuel ou autre. Tous les droits afférents aux garanties d'assurance sont régis uniquement par la police collective établie par Co-operators Vie.

UN EXAMEN MÉDICAL EST-IL NÉCESSAIRE?

Co-operators Vie se réserve le droit de demander un examen médical ou une déclaration d'état de santé, et ce, sans que vous n'ayez à payer quoi que ce soit. Si de tels renseignements sont nécessaires, vous en serez informé directement.

À QUEL MOMENT L'ASSURANCE PREND-ELLE EFFET?

La protection de vos enfants prend effet dès que vous recevez la confirmation écrite de Co-operators Vie.

COMMENT LES PRIMES SONT-ELLES PAYÉES?

Le paiement des primes se fait par retenue salariale.

COMMENT L'ASSURANCE FONCTIONNE-T-ELLE?

La protection est offerte par tranches (voir la grille des taux remise au promoteur de régime). Vous pouvez donc choisir le montant d'assurance qui vous convient.

Disons qu'un des parents désire souscrire deux tranches (20 000 \$) d'assurance vie complémentaire pour un de ses enfants.

Si le coût de cette protection s'établit à 0,80 \$ par mois pour chaque tranche, alors :

0,80 \$ x 2 tranches = 1,60 \$ par mois.

COMMENT PUIS-JE Y ADHÉRER?

Pour cela, il suffit de remplir la demande ci-jointe et de l'adresser à :

Co-operators Compagnie d'assurance-vie

Tarification médicale (Collective)

1900 Albert Street

Regina, SK S4P 4K8

Courriel : service_client_collective@cooperators.ca

Télec. : 1-866-889-9924

COORDONNÉES

Adresse : Co-operators Compagnie d'assurance-vie
Tarification médicale (Collective)
1900 Albert Street
Regina, SK S4P 4K8

Courriel : service_client_collective@cooperators.ca

Tél. : 1-800-667-8164

Téléc. : 1-866-889-9924

DIRECTIVES

Pour éviter tout retard, fournir les renseignements demandés.

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

Si ce formulaire ne parvient pas à nos bureaux dans les 60 jours suivant la date de la signature, il faut remplir une nouvelle demande.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Groupe _____ Compte _____ Certificat _____ Nom du groupe _____

Participant _____

Prénom _____

Initiale _____

Nom de famille _____

Le participant est-il effectivement au travail? ☐ Oui ☐ Non Si non, pourquoi? _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE CANDIDAT À L'ASSURANCE

Candidat à l'assurance : ☐ Enfant

Prénom	Initiale	Nom de famille
--------	----------	----------------

Adresse _____

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

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 service_client_collective@cooperators.ca

Téléphone : Domicile _____ Bureau _____ Cellulaire _____

Date de naissance _____ JJ/MM/AAAA ☐ Homme ☐ Femme

MONTANT D'ASSURANCE

Montant de l'assurance vie collective facultative déjà en vigueur : _____ \$ Nouveau montant total demandé : _____ \$
(au titre de ce régime)

RENSEIGNEMENTS SUR LE BÉNÉFICIAIRE (doit être désigné par le participant)

Bénéficiaire en cas de décès du candidat

Prénom _____

Initiale _____

Nom de famille _____

Lien _____

Dans le cas d'une demande pour enfants, c'est le participant qui doit être nommé bénéficiaire.

DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ

1. Des membres de votre famille ont-ils subi un AVC ou reçu un diagnostic de diabète, sclérose en plaques, de maladie du cœur, d'hypertension artérielle, d'hypercholestérolémie, de cancer, de maladie mentale ou de VIH? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, précisez :
2. Parmi vos frères, sœurs, père et mère, y a-t-il une ou plusieurs personnes qui souffrent ou ont souffert de troubles héréditaires? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, précisez (p. ex. chorée de Huntington, maladie polykystique des reins, etc.)
3. Au cours des 2 dernières années, avez-vous reçu des traitements ou souffert de symptômes liés à un problème de santé, une maladie ou une affection ayant entraîné votre hospitalisation? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, précisez :

Nom de l'affection	Date du début	Date du rétablissement	Médecin traitant ou hôpital	Résultat
	JJ/MMM/AAAA	JJ/MMM/AAAA		
	JJ/MMM/AAAA	JJ/MMM/AAAA		

DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ (SUITE)

4. Taille _____ ☐ pi/po ☐ cm Poids _____ ☐ lb ☐ kg Votre poids a-t-il changé au cours de la dernière année? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, de combien? _____ Pourquoi? _____

5. À votre connaissance, êtes-vous actuellement en bonne santé (à savoir, vous ne présentez aucun symptôme d'un problème de santé)? ☐ Oui ☐ Non
Si non, précisez : _____

Nom de l'affection	Date du début	Médecin traitant ou hôpital	Résultat
_____	JJ/MMM/AAAA	_____	_____
_____	JJ/MMM/AAAA	_____	_____

6. Êtes-vous actuellement en observation ou recevez-vous un traitement ou des médicaments d'un médecin ou d'un prestataire de soins de santé parallèle pour un trouble, un malaise ou une affection? (On entend par prestataire de soins de santé parallèle : herboriste, acupuncteur, chiropraticien, homéopathe, naturopathe, etc.) ☐ Oui ☐ Non
Si oui, de quel traitement ou médicament s'agit-il? _____ Pourquoi? _____

7. Qui est votre médecin habituel ou médecin de famille? _____

Si vous n'en avez pas, indiquez le nom de la clinique sans rendez-vous que vous fréquentez

_____ N° et rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____
Date approximative de la dernière consultation _____ JJ/MMM/AAAA Raison et résultat _____

8. Souffrez-vous d'une affection pour laquelle une hospitalisation ou une chirurgie est envisagée ou recommandée ☐ Oui ☐ Non
Si oui, fournissez les détails et les dates

9. Avez-vous déjà souffert de l'une des affections suivantes ou vous a-t-on dit que vous en souffriez :

- a) Trouble pulmonaire ou respiratoire (p. ex. asthme, bronchite, tuberculose, emphysème, etc.)? ☐ Oui ☐ Non
- b) Trouble cardiaque (p. ex. douleur à la poitrine, essoufflement, hypertension artérielle, rhumatisme articulaire aigu, souffle cardiaque, crise cardiaque ou AVC)? ☐ Oui ☐ Non
- c) Trouble gastrique (p. ex. ulcère, appendicite, trouble de vésicule biliaire, hernie, colite ou autre trouble digestif)? ☐ Oui ☐ Non
- d) Diabète, maladie rénale, infection ou maladie transmissible sexuellement, ou anomalie des urines? ☐ Oui ☐ Non
- e) Cancer, kyste, tumeur ou trouble sanguin? ☐ Oui ☐ Non
- f) Épilepsie, paralysie, étourdissement ou trouble du cerveau? ☐ Oui ☐ Non
- g) Névrite, arthrite, rhumatisme ou trouble du dos, de la colonne vertébrale, des articulations ou des muscles? ☐ Oui ☐ Non
- h) Trouble nerveux ou mental (dont la dépression, l'anxiété ou les pensées suicidaires)? ☐ Oui ☐ Non
- i) SIDA, para-SIDA ou réaction positive à un test de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), ou tout autre trouble immunologique? ☐ Oui ☐ Non
- j) Hépatite A, B, C ou de type inconnu, ou tout autre trouble hépatique? ☐ Oui ☐ Non
- k) Tout affection, handicap ou déformation non mentionné ci-dessus? ☐ Oui ☐ Non

Dans le cas d'une réponse affirmative à l'une ou l'autre des questions du n° 9, précisez :

Nom de l'affection	Date du début	Date du rétablissement	Médecin traitant ou hôpital	Résultat
_____	JJ/MMM/AAAA	JJ/MMM/AAAA	_____	_____
_____	JJ/MMM/AAAA	JJ/MMM/AAAA	_____	_____

10. Avez-vous déjà pris des médicaments ou des drogues, comme la marijuana et la cocaïne, à des fins non médicales, vous a-t-on déjà conseillé de réduire votre consommation d'alcool, ou avez-vous déjà reçu des traitements pour la toxicomanie ou l'alcoolisme, ou vous les a-t-on recommandés? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez en indiquant : Substance _____

Fréquence de consommation : ☐ Chaque jour ☐ Chaque semaine ☐ Chaque mois
☐ Autre _____

Quantité consommée à chaque occasion _____ Date de la dernière consommation _____ JJ/MMM/AAAA

11. Vous a-t-on déjà refusé une assurance vie ou proposé une assurance modifiée de quelque façon? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, date _____ JJ/MMM/AAAA Raison _____

12. Usage du tabac : Avez-vous consommé une forme quelconque de tabac, de produits contenant de la nicotine ou de substituts de nicotine au cours des 12 derniers mois? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, durant combien de temps? _____ Combien par jour? _____

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. 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.

DÉCLARATION ET AUTORISATION

AUTORISATION DU CANDIDAT À L'ASSURANCE

Le candidat à l'assurance inclut la mère, le père ou le tuteur d'un enfant de moins de 16 ans que l'on désire assurer.

J'autorise toute personne ou organisation ayant des renseignements personnels ou médicaux à mon sujet ou au sujet de mon enfant de moins de 16 ans à les communiquer à Co-operators (ou à ses agents, représentants et administrateurs) pour les objets suivants : faire l'évaluation du risque, déterminer mon droit à l'assurance et traiter toute demande de règlement. J'autorise Co-operators à divulguer les renseignements personnels ou médicaux à mon sujet ou au sujet de mon enfant à charge à ses réassureurs, ainsi qu'à mon médecin et 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 CANDIDAT À L'ASSURANCE

Il est entendu que Co-operators (ou ses agents, représentants et administrateurs) peut exiger un examen médical ou paramédical pour moi ou mon enfant de moins de 16 ans afin de déterminer mon droit à l'assurance. Je suis conscient 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 la demande d'adhésion. En outre, je déclare que cette information ainsi que les renseignements inscrits dans la demande d'adhésion sont vrais, complets et exacts. Toute fausse déclaration ou réticence influant sur l'évaluation du risque peut entraîner la nullité de mon assurance.

Signature _____ Date _____
(Signature de l'enfant de 16 ans ou plus) JJ/MM/AAAA

Signature _____ Date _____
(Signature du participant, demande d'assurance pour enfants de moins de 16 ans) JJ/MM/AAAA