

ASSURANCE COLLECTIVE DÉCLARATION DU MÉDECIN EN CAS DE MALADIES GRAVES PARALYSIE CÉRÉBRALE

COORDONNÉES

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

Tél. : 1-866-442-3098

Télec. : 1-866-889-9925

DIRECTIVES

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

La section confidentielle sur les renseignements médicaux doit être remplie par votre médecin.

Il est à noter que les frais demandés pour remplir ce formulaire sont à la charge des parents ou du tuteur légal du patient.

La ou les affections indiquées ci-dessus pourraient ne pas être couvertes par votre police. **En conséquence, veuillez consulter votre police d'assurance pour savoir si l'affection en question est couverte par votre régime.**

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 PATIENT (À REMPLIR PAR LE PATIENT)

Patient _____ Date de naissance _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____ JJ/MMM/AAAA

Groupe _____ Compte _____ Certificat _____

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (À REMPLIR PAR LE MÉDECIN)

1. **VEUILLEZ JOINDRE UNE COPIE DES DOCUMENTS SUIVANTS : DOSSIERS MÉDICAUX, RAPPORTS D'EXAMENS (Y COMPRIS IRM, ÉCHOGRAPHIE CRÂNIENNE, TOMODENSITOGRAMME, EEG, TEST DE LABORATOIRE ET TOUT TEST POUR L'AUDITION, LA VISION, LE DÉVELOPPEMENT MOTEUR, LA RESPIRATION ET LES RETARDS DE COMMUNICATION), DIAGNOSTICS, RAPPORTS DE CONSULTATION ET RÉSUMÉS D'HOSPITALISATION.**

2. Quel est le diagnostic pour ce patient?

3. Le diagnostic a-t-il été posé par un neuropédiatre au Canada? Oui Non

Veuillez préciser le nom du médecin : _____

4. Date du diagnostic _____
JJ/MMM/AAAA

5. Date où le diagnostic ou la possibilité d'un diagnostic de paralysie cérébrale a été abordé pour la première fois avec les parents ou le tuteur du patient _____
JJ/MMM/AAAA

6. Êtes-vous le médecin habituel du patient? Oui Non

Si non, indiquez le nom et l'adresse au complet du médecin habituel du patient :

7. Date où l'un des symptômes typiques suivants est apparu pour la première fois :

Trouble de vision _____
JJ/MMM/AAAA

Trouble d'audition _____
JJ/MMM/AAAA

Retard ou trouble de la parole _____
JJ/MMM/AAAA

Déficience intellectuelle _____
JJ/MMM/AAAA

Retard du développement moteur _____
JJ/MMM/AAAA

8. Date où l'on vous a consulté pour la première fois pour cette maladie _____
JJ/MMM/AAAA

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (SUITE)

9. Quels tests le patient a-t-il passés à des fins de diagnostic?

10. Veuillez préciser comment la paralysie cérébrale a affecté, selon le cas, un membre, un côté du corps, le corps tout entier ou toute autre région :

11. Veuillez décrire la présentation clinique actuelle du patient (p. ex. faiblesse, spasticité, trouble moteur ou mental) et le protocole de traitement :

12. Le patient a-t-il été orienté vers un établissement de traitement, un centre médical ou un professionnel de la santé spécialisé pour des soins continus? Oui Non

Si oui, donnez des précisions et indiquez les dates et l'établissement en question :

13. Y a-t-il des antécédents d'affections similaires dans la famille du patient? Oui Non

Si oui, veuillez préciser le lien de parenté, la nature de l'affection et l'âge auquel l'affection a été diagnostiquée :

14. Au cours de la grossesse ou à la naissance, y a-t-il eu des facteurs qui ont été associés à l'apparition de la paralysie cérébrale? Oui Non

Si oui, précisez :

15. Veuillez indiquer les nom et adresse de tous les médecins consultants, spécialistes ou hôpitaux vers lesquels le patient a été dirigé ou qui l'ont traité pour son affection :

16. Veuillez fournir toute information que vous croyez pertinente à notre étude de la demande de prestations :

3. RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN ET AUTORISATION

J'atteste que les renseignements figurant sur le présent formulaire sont vrais, complets et exacts. Je reconnais que l'assureur conservera les renseignements compris dans le présent formulaire dans le dossier du patient. Il est entendu que le patient ou tout autre tiers autorisé pourraient y avoir accès.

Si vous désirez que Co-operators communique avec vous par courriel concernant cette demande de règlement, veuillez indiquer votre courriel :

Co-operators Compagnie d'assurance-vie prend des mesures raisonnables pour protéger la confidentialité de tous les renseignements recueillis, utilisés, conservés et divulgués dans le cadre de ses affaires. Vous devez toutefois savoir qu'Internet n'est pas un moyen de communication sûr et que nous ne procédons pas au cryptage des courriels. Il nous est donc impossible de garantir une complète confidentialité des renseignements communiqués par courrier électronique, notamment les courriels et toute pièce jointe. En autorisant les communications par courriel, vous reconnaissez avoir lu et compris le présent avis de non-responsabilité, et vous nous autorisez à transmettre vos renseignements personnels par voie électronique en sachant que les courriels et toute pièce jointe pourraient faire l'objet d'un accès, d'une utilisation ou d'une divulgation non autorisée par des tiers. Vous reconnaissez que Co-operators Compagnie d'assurance-vie n'est pas responsable des pertes ou des dommages que vous ou toute autre personne pourriez subir en raison de toute violation de la vie privée, de la confidentialité ou de la sécurité résultant de la communication de vos renseignements personnels par courriel. Si vous ne souhaitez plus communiquer avec Co-operators Compagnie d'assurance-vie par courriel, veuillez-nous en informer par écrit à Group_life_claims@cooperators.ca.

Aux termes de notre contrat, toute affection assurée doit être diagnostiquée par un médecin autre que :

- a) la personne assurée,
- b) une personne ayant un lien de parenté avec la personne assurée,
- c) un partenaire d'affaires de la personne assurée.

Votre lien avec la personne assurée correspond-il à « a) », « b) » ou « c) »? Oui Non

Médecin _____
Prénom Initialle Nom de famille

Spécialité _____

Adresse _____
N° et rue Ville Province Code postal

Téléphone _____ Télécopieur _____

Signature du médecin _____ Date _____
JJ/MMM/AAAA

Étampe du médecin

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