co-operators
Une place de choix

ASSURANCE COLLECTIVE DÉCLARATION DU MÉDECIN EN CAS DE MALADIES GRAVES COMA

COORDONNÉES

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

Tél. : 1-866-442-3098

Téléc. : 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 neurologue.

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

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

Une fois le formulaire rempli, le bureau de votre 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 _____ (Prénom) _____ (Initiale) _____ (Nom de famille) Date de naissance _____ (JJ/MMM/AAAA)

Groupe _____ Compte _____ Certificat _____

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (À REMPLIR PAR LE MÉDECIN)

1. **VEUILLEZ JOINDRE UNE COPIE DE VOTRE DOSSIER MÉDICAL, DES RAPPORTS D'EXAMENS, DES DIAGNOSTICS, DES RAPPORTS DE CONSULTATIONS ET DES RÉSUMÉS D'HOSPITALISATIONS.**

2. Quel est votre diagnostic pour ce patient?

_____

_____

_____

3. Date du diagnostic _____ (JJ/MMM/AAAA)

4. Veuillez préciser les dates d'un coma qui a duré quatre jours ou plus :

_____

_____

_____

5. Veuillez décrire la suite d'événements qui a mené au coma :

_____

_____

_____

6. L'utilisation d'un système de maintien des fonctions vitales était-il nécessaire, ou l'est-il encore? Dans l'affirmative, lequel?

_____

_____

_____

7. Quelle était la profondeur du coma?

_____

_____

_____

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (SUITE)

8. Y a-t-il des antécédents d'une maladie connexe dans la famille du patient, ou tout autre antécédent familial pertinent? ■ Oui ■ Non

   Dans l'affirmative, précisez :

   _____

   _____

   _____

9. Parmi les habitudes du patient ou ses antécédents médicaux (personnels ou familiaux), quels facteurs auraient pu augmenter le risque de son affection ou y contribuer?

   _____

   _____

   _____

10. Le patient fait-il usage ou a-t-il déjà fait usage des produits suivants : tabac sous une forme quelconque, marijuana, produits à la nicotine ou substituts de nicotine (par « produits à la nicotine », on entend cigarette, cigarillo, cigare, pipe, tabac à chiquer, tabac à priser, gomme ou timbre à la nicotine ou tout autre produit à la nicotine)? ■ Oui ■ Non

    Si oui, de quel(s) produit(s) s'agit-il? _____

    Nombre ou quantité consommée par jour : _____ Date de la dernière consommation : _____ (JJ/MMM/AAAA)

11. 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 :

    _____

    _____

    _____

12. Veuillez décrire le protocole de traitement :

    _____

    _____

    _____

13. 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 autorisé 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 professionnel de la santé 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

Étampe du médecin

Médecin _____ _____ _____
Prénom Initiale Nom de famille

Spécialité _____

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

Téléphone _____ Télécopieur _____

Signature du médecin _____ Date _____
JJ/MMM/AAAA

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 pourrons 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