

DÉCLARATION DU PARTICIPANT INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE ASSURANCE COLLECTIVE

Le présent guide a pour but de vous aider à présenter une réclamation.

DÉCLARATION DU PARTICIPANT INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE ASSURANCE COLLECTIVE

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.

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

Veuillez 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 Compagnie d'assurance-vie s'engage à protéger la vie privée de ses clients, ainsi que la confidentialité, l'exactitude et la sécurité des renseignements personnels recueillis, utilisés, conservés et communiqués dans le cadre de ses affaires. Nous nous conformons aux lois fédérales et provinciales sur la protection des renseignements personnels, lesquelles régissent la protection de tous les renseignements personnels en notre possession. Pour en savoir davantage sur le sujet, consultez votre livret d'assurance collective ou notre site Web au <http://www.cooperators.ca/fr-CA/PublicPages/Privacy.aspx>

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 COURTE DURÉE ASSURANCE COLLECTIVE

ADRESSE POSTALE

Adresse : Co-operators Compagnie d'assurance-vie
Réclamations invalidité
1900 Albert Street Regina, SK S4P 4K8
Télec. : 1-866-889-9926
Courriel : disability_claims_admin@cooperators.ca

DIRECTIVES

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

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Groupe _____ Compte _____ Certificat _____

Participant _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____

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

Téléphone _____ Cellulaire _____

Date de naissance* _____ Homme Femme Taille _____ Poids _____ Numéro 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

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 Disability_Claims_Admin@cooperators.ca.

2. 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

2. 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

3. RENSEIGNEMENTS SUR 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 _____

Emploi actuel

Profession _____ Date de début _____
 JJ/MMM/AAAA

Tâches _____

Participant _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____

3. RENSEIGNEMENTS SUR LA PROFESSION ET LES ÉTUDES (SUITE)

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.

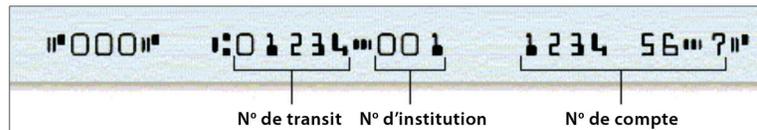
Loisirs

4. 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 _____

Prière 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 _____ (12 chiffres max)

5. PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE

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 pourrions 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

Si vous refusez l'utilisation ou la divulgation de vos renseignements personnels dans le cadre de votre demande d'adhésion et de la gestion de toute police que nous établissons, nous ne serons pas en mesure de vous offrir le produit d'assurance qui vous intéresse, de gérer votre assurance ou de traiter votre demande de règlement.

6. 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