

# DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT EXONÉRATION DES PRIMES D'ASSURANCE VIE ASSURANCE COLLECTIVE

**ADRESSE POSTALE**
**DIRECTIVES**

 Adresse : Co-operators Compagnie d'assurance-vie  
 Service des réclamations, Vie (Collective)  
 1900 Albert Street  
 Regina (Saskatchewan) S4P 4K8  
  
 Téléc. : 1-866-889-9925

 Le participant prend à sa charge les frais demandés par le médecin pour remplir le formulaire.  
 Les renseignements médicaux doivent être fournis par le médecin traitant.

**1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT ET AUTORISATION (À REMPLIR PAR LE PARTICIPANT)**

 Participant \_\_\_\_\_  
Prénom Initiale Nom de famille

Groupe \_\_\_\_\_ Compte \_\_\_\_\_ Certificat \_\_\_\_\_

Nom de l'employeur ou du promoteur \_\_\_\_\_ Téléphone (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

 Date de naissance \_\_\_\_\_ Taille \_\_\_\_\_ Poids \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

Par la présente, j'autorise mon médecin à divulguer tout renseignement médical à l'appui de ma demande de prestations d'invalidité à l'administrateur du régime, l'organisme de règlement et mon assureur. Je comprends qu'il m'incombe de me procurer un formulaire et de payer les frais exigés par mon médecin pour remplir le formulaire.

 Signature du participant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA
**2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (À REMPLIR PAR LE MÉDECIN)**

**Joindre les résultats de tests ainsi qu'une copie des notes rédigées dans votre cabinet et des rapports de consultation.**

**DIAGNOSTIC :**

Primaire \_\_\_\_\_

Secondaire \_\_\_\_\_

 Diagnostic selon le DSM-IV (le cas échéant) Axe I \_\_\_\_\_ Axe II \_\_\_\_\_ Axe III \_\_\_\_\_ Axe IV \_\_\_\_\_  
 EGF actuelle \_\_\_\_\_ EGF antérieure \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

Symptômes (précisez la gravité, la fréquence et la durée) \_\_\_\_\_

 Date de l'apparition des premiers symptômes ou de l'accident \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

Examens (ECG, radiographies, tests de laboratoires, etc.)	Date des examens	Résumé des résultats (Joindre une copie de tous les rapports disponibles)

 D'autres examens sont-ils prévus?  Oui  Non Si oui, indiquez la nature et la date des examens \_\_\_\_\_

 Tension artérielle \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

 L'invalidité résulte-t-elle d'une maladie ou d'une blessure survenue dans le cadre de l'emploi?  Oui  Non  Ne sais pas Si oui, précisez \_\_\_\_\_

 Dans le cas d'une grossesse, date prévue de l'accouchement \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

 Date de la première consultation pour l'affection actuelle \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

 Depuis la première consultation, à quelle fréquence voyez-vous ce patient?  Chaque semaine  Aux deux semaines  Chaque mois

 Date de la dernière consultation \_\_\_\_\_ Date de la prochaine consultation \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAA

 Le patient a-t-il déjà présenté la même affection ou une affection similaire?  Oui  Non  Ne sais pas

Si oui, quelle était la cause de l'arrêt de travail? \_\_\_\_\_

 L'affection est-elle considérée comme chronique?  Oui  Non Si oui, quelle est la cause de l'arrêt de travail? \_\_\_\_\_

 Date de l'arrêt de travail en raison de l'affection actuelle \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA



## 2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (SUITE)

### PRONOSTIC :

Pronostic quant au progrès et au rétablissement (avec mention des dates) \_\_\_\_\_

Quels sont les objectifs de retour au travail qui ont été discutés avec votre patient? \_\_\_\_\_

Si votre patient n'est pas en mesure de reprendre ses fonctions habituelles, veuillez préciser à quel moment et à quelles conditions il pourra retourner au travail (p. ex. fonctions modifiées, retour progressif au travail) \_\_\_\_\_

### COMMENTAIRES ADDITIONNELS

## 3. CONFIRMATION ET AUTORISATION DU MÉDECIN

Je reconnais que l'assureur conservera les renseignements compris dans le présent formulaire dans le dossier d'invalidité de l'assuré. Il est entendu que le patient ou toute autre personne autorisée pourrait y avoir accès. Je consens à la divulgation des renseignements tels qu'ils figurent dans le présent formulaire, et ce, selon les conditions précitées.

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](mailto:Group_life_claims@cooperators.ca).

Médecin traitant (en lettres moulées) \_\_\_\_\_

Spécialité autorisée \_\_\_\_\_ Médecin de famille  Oui  Non

Adresse \_\_\_\_\_  
N° et rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Télécopieur ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Étampe du médecin

Signature du médecin \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

## 4. CONFIDENTIALITÉ

### 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](http://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](mailto:privacy@cooperators.ca)