co-operators
Une place de choix

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT
INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE
ASSURANCE COLLECTIVE

ADRESSE POSTALE

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

Téléc. : 1-866-889-9926

Courriel : disability_claims_admin@cooperators.ca

DIRECTIVES

Note importante : Veuillez remplir la déclaration du médecin traitant appropriée, d'après le diagnostic primaire de votre patient. Il existe deux formulaires : un pour les troubles de santé mentale et un pour toutes les autres affections. La présentation du mauvais formulaire pourrait entraîner un retard dans le traitement de la demande de votre patient.

Les frais exigés pour remplir ce formulaire sont à la charge du participant.

Les renseignements médicaux doivent être fournis par le médecin traitant.

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

Groupe _____ Compte _____ Certificat _____

Participant _____ (Prénom) _____ (Initiale) _____ (Nom de famille) Téléphone _____

Date de naissance _____ (JJ/MMM/AAAA) Taille _____ Poids _____

Nom de l'employeur ou du promoteur _____ 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 voie électronique, notamment les courriels et les pièces jointes. 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 autorisés 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

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. Les renseignements médicaux et sur la santé excluent les résultats de tests génétiques.

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 _____

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 _____

_____

1900 ALBERT STREET REGINA SK S4P 4K8
Co-operators[MD] est une marque déposée du Groupe Co-operators limitée.

Participant _____ _____ _____
Prénom Initiale Nom de famille

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (SUITE)

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 est 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

FOURNISSEUR

Nom du médicament	Posologie	Date de début	Raison du changement de médication, s'il y a lieu

Physiothérapie : ☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez la fréquence : ☐ quotidienne ☐ 3 fois par semaine ☐ hebdomadaire ☐ autre _____

Indiquez les dates d'hospitalisation : Du _____ au _____ Nom de l'établissement _____
JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAA

Du _____ au _____ Nom de l'établissement _____
JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAA

Chirurgie : ☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez le type d'intervention _____ Date: ☐ Effectuée ☐ Prévue _____
JJ/MMM/AAAA

Fournisseurs de soins	Spécialité	Date des examens

Avez-vous l'intention de diriger le patient vers un autre spécialiste? ☐ Oui ☐ Non Précisez _____

Y a-t-il d'autres traitements ou projets de traitement à venir? (Indiquez les dates) _____

_____

Durée prévue du programme de traitement _____

_____

Réponse du patient au traitement _____

_____

Le patient suit-il le programme de traitement recommandé? ☐ Oui ☐ Non

Si non, précisez _____

RESTRICTIONS ET LIMITATIONS

Connaissez-vous les tâches à accomplir par le patient dans le cadre de sa profession? ☐ Oui ☐ Non

Quelles restrictions et limitations s'appliquent actuellement à votre patient?

Physiques _____

_____

Psychiatriques/cognitives _____

_____

1900 ALBERT STREET REGINA SK S4P 4K8
Co-operators[MD] est une marque déposée du Groupe Co-operators limitée.

Participant _____ _____ _____
Prénom Initiale Nom de famille

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (SUITE)

Ces limitations ou restrictions médicales empêchent-elles votre patient d'exercer toute autre forme d'activités, y compris les activités de la vie quotidienne? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez : _____

Le patient est-il apte à gérer ses propres affaires? ☐ Oui ☐ Non

Le patient s'est-il vu retirer son permis de conduire en raison de son affection, ou son permis a-t-il été restreint? ☐ Oui ☐ Non

Existe-t-il d'autres facteurs sociaux ou autres qui pourraient avoir une influence sur la convalescence de votre patient et son retour au travail?

_____

_____

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.

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

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