

DÉCLARATION DU PROMOTEUR DE RÉGIME INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE ASSURANCE COLLECTIVE

ADRESSE POSTALE

Adresse : Co-operators Compagnie d'assurance-vie
Service des réclamations, Invalidité
1900 Albert Street
Regina, SK S4P 4K8

Télééc. : 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.

Nous demandons aux clients qui ne sont pas facturés par Co-operators de joindre une copie de la demande d'adhésion du participant et du rapport de facturation.

Si la maladie ou la blessure est reliée au travail, le participant doit également déposer une demande d'indemnisation à la Commission des accidents du travail (CAT) de sa province.

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Participant _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____

Groupe _____ Compte _____ Catégorie _____ Certificat _____

Date de naissance* _____ Homme Femme Numéro d'assurance sociale* _____
JJ/MMM/AAAA

* Le NAS est nécessaire pour les régimes imposables et toute cotisation à un régime de retraite.

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

Téléphone (_____) _____ Cellulaire (_____) _____

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

2. RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE

Classe ou affiliation syndicale à laquelle le participant appartient (le cas échéant) _____

Date à laquelle le participant est devenu assuré au titre de la police d'assurance ILD de Co-operators _____ **et** au titre de la police de
JJ/MMM/AAAA

l'assureur précédent _____
JJ/MMM/AAAA

Date d'embauche _____ Dernier jour travaillé _____ Date du retour au travail _____
JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAA

L'invalidité résulte-t-elle d'une maladie ou d'une blessure survenue dans le cadre de l'emploi? Oui Non

Si « oui », le participant a-t-il déposé une demande d'indemnisation à la Commission des accidents du travail (CAT) de sa province? Oui Non

Si « non », pourquoi? _____

Le participant est : Payé à l'heure Salarié Payé à la commission***

*** Les participants à la commission et les travailleurs autonomes doivent joindre le feuillet T4, l'avis de cotisation et le sommaire des dépenses pour les deux dernières années.

Le participant travaille : À temps plein À temps partiel À contrat (joindre une copie du contrat)

Nombre d'heures travaillées au cours d'une semaine normale _____ Quels jours de la semaine le participant travaille-t-il? _____
(sans les heures supplémentaires) (p. ex. du lundi au vendredi)

S'agit-il d'un travail par quarts? Oui Non Si « oui », quel est l'horaire de l'employé? _____

Date de cessation d'emploi (le cas échéant) _____ Raison _____
JJ/MMM/AAAA

Participant _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____

3. RENSEIGNEMENTS SUR LES REVENUS ET LES GARANTIES (SUITE)

Salaire brut du participant (à l'exception des heures supplémentaires, des commissions et des primes) _____ \$

Horaire Hebdomadaire Aux deux semaines Bimensuel Mensuel Annuel

(Joindre une copie du talon de paie pour la dernière période de paie complète)

Date d'effet du salaire _____
JJ/MMM/AAAA

Une partie de la prime est-elle payée par le promoteur du régime ou l'employeur? Non (non imposable) Oui (imposable)

Exemption fiscale, selon le formulaire TD1 _____ \$ (joindre une copie) (Au Québec, les crédits d'impôt sont établis par le formulaire TP-1015.3)

AUTRES REVENUS

<input type="checkbox"/> Indemnités de maladie	Du _____ au _____ JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAA	<input type="checkbox"/> Indemnités de vacances	Du _____ au _____ JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAA
<input type="checkbox"/> Rente d'invalidité de la CAT	Du _____ au _____ JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAA	<input type="checkbox"/> Prestations d'assurance-emploi	Du _____ au _____ JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAA
	État _____		État _____
<input type="checkbox"/> Autre revenu	Précisez _____		Du _____ au _____ JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAA

4. RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI

Quel poste le participant occupait-il au moment de l'arrêt de travail? _____

Depuis combien de temps le participant occupait-il ce poste? _____

Veillez décrire les tâches habituelles du participant, ainsi que toute modification apportée à celles ci, le cas échéant. **Veillez joindre une copie de la description de poste fournie par l'employeur.**

5. DÉCLARATION

Nom du promoteur _____

Téléphone (_____) _____ Cellulaire (_____) _____ Télécopieur (_____) _____

Nom du superviseur _____ Téléphone (_____) _____

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

Déclaration remplie par _____ Titre _____
Nom (en lettres moulées)

Je déclare que les renseignements fournis aux présentes sont exacts et complets.

Signature d'une personne autorisée _____ 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 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