

ADRESSE POSTALE

INSTRUCTIONS

Adresse : Co-operators Compagnie d'assurance-vie
Tarification médicale (Collective)
1900 Albert Street
Regina, SK S4P 4K8

Pour éviter tout retard, inscrire les renseignements demandés au stylo et en lettres moulées.
Vous recevrez une confirmation écrite de votre demande de modification.

Télééc. : 1-866-889-9924

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

À remplir par le participant

*Conjoint (À remplir seulement si le changement concerne le conjoint)

**Les produits du tabac incluent toute forme de tabac, de produits contenant de la nicotine ou de substituts nicotiniques.

Groupe _____ Compte _____ Certificat _____

Participant _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____

Conjoint* _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____

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

Date de naissance _____ Homme Femme
JJ/MMM/AAAA

Non

Je déclare que je n'ai pas consommé de produit du tabac** au cours des 12 mois précédant immédiatement la date indiquée ci-dessous, à côté de ma signature.

Oui

Je déclare que j'ai consommé des produits du tabac** au cours des 12 mois précédant immédiatement la date indiquée ci-dessous, à côté de ma signature.

2. 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

3. SIGNATURE DU PARTICIPANT

À remplir par le participant et son conjoint (s'il y a lieu)

Il est entendu que Co-operators Compagnie d'assurance-vie s'appuie sur les déclarations faites dans le présent formulaire pour m'accorder le taux « fumeur » ou « non-fumeur » et déterminer les primes de mon assurance vie. Je suis conscient qu'en cas de fausse déclaration relative à mon usage du tabac, Co-operators Compagnie d'assurance-vie peut avoir le droit d'annuler ma ou mes polices d'assurance vie.

Signature du participant _____ Date _____
JJ/MMM/AAAA

Signature du conjoint (s'il y a lieu) _____ Date _____
JJ/MMM/AAAA