

DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ POUR L'ASSURANCE COLLECTIVE

Raison de la tarification médicale (À remplir par le promoteur du régime)

- ☐ Adhésion tardive
☐ Assurance excédentaire
☐ Augmentation de salaire > 15 %
☐ Preuve exigée dès le 1^{er} \$
(max. sans preuve : 0 \$)

COORDONNÉES

Adresse : Co-operators Compagnie d'assurance-vie
Administration de l'assurance collective
1900 Albert Street, Regina SK S4P 4K8

Courriel : group_eligibility_administration@cooperators.ca

Tél. : 1-800-667-8164 Téléc. : 1-866-889-9924

DIRECTIVES

Pour éviter tout retard, fournir tous les renseignements demandés.

Retourner le formulaire rempli par courriel, par télécopieur ou par la poste (document original) aux coordonnées ci-contre.

RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE PARTICIPANTE

Groupe _____ Compte _____ Certificat _____

Nom du groupe _____

Personne participante _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____

Adresse _____
Numéro et rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone _____ Courriel _____

Vous reconnaissez que les données transmises via Internet peuvent être interceptées et vous assumez les risques associés à cette méthode de transmission. Si vous ne souhaitez plus communiquer avec Co-operators Compagnie d'assurance-vie par courriel, veuillez nous en informer par écrit à group_medical_uw@cooperators.ca.

Date de naissance _____ Sexe : ☐ H ☐ F ☐ X Taille _____ ☐ pi/po ☐ cm Poids _____ ☐ lb ☐ kg
JJ/MMM/AAAA

Emploi _____ Êtes-vous effectivement au travail*? ☐ Oui ☐ Non

Si non, pourquoi? _____

* Vous êtes considéré-e comme étant effectivement au travail si vous êtes en mesure d'exercer toutes les fonctions habituelles de votre emploi, à plein salaire, de façon régulière et continue, pendant le nombre d'heures normalement prévu pour cette journée de travail.

Vous a-t-on déjà refusé une assurance vie ou maladie, ou accordé une telle assurance moyennant une surprime ou des conditions particulières? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisions _____

Détenez-vous actuellement une police d'assurance vie individuelle auprès de Co-operators qui a été établie au cours de la dernière année? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, numéro de police _____

Avez-vous un/une médecin de famille ou un centre médical où vous recevez habituellement des soins? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, remplir la section suivante. Si non, nom du/de la médecin ou de la clinique consulté(e) en dernier lieu et raison :

Prestataire de soins de santé _____

Adresse _____
Numéro et rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Date de la dernière consultation _____ Raison et résultats _____
JJ/MMM/AAAA

PREUVE D'ASSURABILITÉ

1. a. Est-ce qu'un/une membre de votre famille biologique immédiate (père, mère, frères, sœurs) a reçu un diagnostic de l'une des affections suivantes avant l'âge de 60 ans : cancer, accident vasculaire cérébral, maladie cardiaque, diabète, maladie rénale, sclérose en plaques, maladie de Huntington ou toute autre maladie héréditaire? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisions :

Affection	Lien de parenté	Âge au diagnostic

PREUVE D'ASSURABILITÉ (SUITE)

- b. Est-ce qu'un/une membre de votre famille biologique immédiate (père, mère, frères, sœurs) a reçu un diagnostic de l'une des affections suivantes avant l'âge de 70 ans : maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, maladie du motoneurone, comme la SLA ou maladie de Lou Gehrig? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisions :

Affection	Lien de parenté	Âge au diagnostic

Si vous avez répondu « oui » à l'une des questions 2 à 9 ou 13, veuillez fournir des précisions dans la section « Commentaires » à la page suivante.

Dans les questions ci-dessous, « prestataire de soins de santé » comprend les médecins, les spécialistes, les infirmières et infirmiers praticiens, les psychologues, les travailleuses et travailleurs sociaux, les thérapeutes, ainsi que les naturopathes qualifié-e-s.

2. Avez-vous déjà consulté un/une prestataire de soins de santé ou reçu un traitement pour l'une des affections suivantes :
- a. Épilepsie, crise d'épilepsie, sclérose en plaques, trouble du cerveau ou du système nerveux? ☐ Oui ☐ Non
 - b. Troubles ou symptômes liés à la santé mentale, notamment la dépression, l'anxiété, le trouble bipolaire, le syndrome de stress post-traumatique, le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH), des tentatives de suicide ou des pensées suicidaires? ☐ Oui ☐ Non
 - c. Hypertension, souffle cardiaque, arythmie cardiaque, palpitations, douleurs thoraciques, crise cardiaque, accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire (AIT), anévrisme ou autres troubles du cœur ou des vaisseaux sanguins? ☐ Oui ☐ Non
 - d. Hépatite A, B, C ou hépatite de type inconnu? ☐ Oui ☐ Non
 - e. Diabète, ou présence de sucre dans le sang ou les urines? ☐ Oui ☐ Non
 - f. Leucémie, anémie, hémophilie ou tout autre trouble ou anomalie du sang? ☐ Oui ☐ Non
 - g. Cancer, tumeurs, résultats de biopsie anormaux, hypertrophie ganglionnaire, lésions cutanées ou kystes, troubles de l'hypophyse, des surrénales ou de toute autre glande? ☐ Oui ☐ Non
 - h. Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)? ☐ Oui ☐ Non
3. Dans les 5 dernières années, avez-vous consulté un/une prestataire de soins de santé ou reçu un traitement pour l'une des affections suivantes :
- a. Trouble touchant les yeux, les oreilles, le nez ou la gorge? ☐ Oui ☐ Non
 - b. Maux de tête fréquents, traumatisme crânien, vertiges ou évanouissements? ☐ Oui ☐ Non
 - c. Trouble touchant les poumons ou le système respiratoire, notamment toux persistante, asthme, emphysème, bronchite, tuberculose ou apnée du sommeil? ☐ Oui ☐ Non
 - d. Trouble de l'estomac, de la vésicule biliaire, du foie, des intestins, du pancréas ou du système digestif? ☐ Oui ☐ Non
 - e. Sang dans les urines, calculs rénaux ou tout autre trouble des reins ou de la vessie? ☐ Oui ☐ Non
 - f. Arthrite, goutte, sciatique, trouble des articulations ou des membres, trouble des muscles ou de la colonne vertébrale, douleur à la nuque ou au dos, fibromyalgie ou syndrome de fatigue chronique? ☐ Oui ☐ Non
 - g. Troubles thyroïdiens ou autres troubles endocriniens? ☐ Oui ☐ Non
 - h. Trouble touchant la prostate, les seins ou les organes génitaux? ☐ Oui ☐ Non
4. Êtes-vous enceinte? ☐ Oui ☐ Non
- Si oui, date d'accouchement prévue _____
JJ/MMM/AAAA
5. Prenez-vous actuellement des médicaments pour traiter une affection qui n'a pas encore été mentionnée dans ce questionnaire? ☐ Oui ☐ Non
6. Dans les 3 dernières années, avez-vous consulté un/une prestataire de soins de santé pour toute autre maladie, affection, consultation, traitement ou raison qui n'a pas encore été mentionné dans ce questionnaire? ☐ Oui ☐ Non
7. Dans les 3 dernières années, avez-vous manqué plus de quinze jours de travail en raison d'une affection ou d'une blessure? ☐ Oui ☐ Non
8. Attendez-vous une consultation auprès d'un/une prestataire de soins de santé, une intervention chirurgicale, un examen médical ou les résultats d'un examen médical? ☐ Oui ☐ Non
9. Dans les 12 derniers mois, avez-vous utilisé du tabac sous quelque forme que ce soit, des produits à base de nicotine ou des substituts nicotiniques (notamment les timbres ou la gomme à la nicotine), des cigarettes électroniques ou des vapoteuses? ☐ Oui ☐ Non

PREUVE D'ASSURABILITÉ (SUITE)

10. Laquelle des réponses suivantes décrit le mieux votre fréquence de consommation d'alcool dans les 12 derniers mois?

Fréquence	Quantité
☐ Jamais	
☐ Quotidienne	_____ /jour
☐ Hebdomadaire	_____ /semaine
☐ Mensuelle	_____ /mois
☐ Annuelle	_____ /année

11. Laquelle des réponses suivantes décrit le mieux votre fréquence d'utilisation de produits à base de marijuana ou de cannabis dans les 12 derniers mois?

Fréquence	Quantité
☐ Jamais	
☐ Quotidienne	_____ /jour
☐ Hebdomadaire	_____ /semaine
☐ Mensuelle	_____ /mois
☐ Annuelle	_____ /année

12. Dans les 10 dernières années, lesquelles des drogues suivantes avez-vous utilisées?

Drogue	Fréquence	Date de la dernière utilisation JJ/MMM/AAAA
☐ Cocaine		
☐ Ecstasy		
☐ Sédatifs		
☐ Hallucinogènes		
☐ Amphétamines		
☐ Stupéfiants		
☐ Autre		

13. Dans les 10 dernières années, avez-vous suivi ou vous a-t-on recommandé de suivre un traitement lié à la consommation d'alcool ou de drogues (y compris des médicaments, des services de consultation, une thérapie de groupe ou des groupes de soutien comme les Alcooliques anonymes ou les Narcotiques anonymes)? ☐ Oui ☐ Non

COMMENTAIRES

Précisions concernant les réponses « oui » aux questions 2 à 9 et 13.

Question n°	Date JJ/MMM/AAAA	Précisions

Déclaration de confidentialité de Co-operators

Co-operators reconnaît et respecte l'importance de la protection de la vie privée. Lorsque vous souscrivez une assurance ou ouvrez un compte chez nous, nous vous demandons votre consentement pour recueillir, utiliser, conserver et communiquer vos renseignements personnels. Nous vous indiquons de quels renseignements nous avons besoin, ce que nous en ferons et à qui nous les communiquerons. Nous ouvrons un dossier confidentiel pour recueillir, utiliser, conserver et communiquer vos renseignements personnels aux fins suivantes : confirmer votre identité; étudier vos besoins d'assurance et déterminer la pertinence de nos produits et services pour vous; évaluer votre proposition d'assurance; établir et administrer votre police, y compris l'évaluation et le traitement des demandes de règlement; administrer vos placements; remplir nos obligations contractuelles et réglementaires; détecter et prévenir la fraude; et procéder à des analyses commerciales et statistiques. Nous ne communiquons vos renseignements personnels à aucune autre fin, à moins d'avoir obtenu votre consentement ou d'en avoir l'obligation ou l'autorisation légale.

Nous pouvons vous renseigner sur des produits et services qui pourraient vous intéresser. Vous pouvez nous dire quelles informations vous désirez recevoir de notre part et retirer votre consentement en tout temps. Vous pouvez accéder aux renseignements personnels contenus dans votre dossier et, au besoin, les faire corriger en nous le demandant par écrit.

Nous avons restreint l'accès à vos renseignements personnels à nos employés et employées 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, de stockage, d'analyse ou de reprise des activités après sinistre à l'extérieur du Canada ou de votre province de résidence. La loi pourrait les obliger à divulguer vos renseignements personnels à des cours de justice, à des gouvernements ou à des organismes de réglementation hors du Canada. Afin de protéger vos renseignements personnels, nous veillons à inclure des dispositions de sécurité et de protection de la vie privée dans tous les contrats que nous concluons avec des fournisseurs de services externes.

Vous trouverez plus de détails sur notre politique de protection des renseignements personnels ainsi que les coordonnées de notre Bureau de la protection de la vie privée à cooperators.ca/vie-privee.

DÉCLARATION ET AUTORISATION DE LA PERSONNE DEMANDEUSE

Autorisation et consentement de la personne demandeuse

J'autorise toute personne ou organisation détenant des renseignements personnels ou médicaux me concernant à les communiquer à Co-operators (ou à ses mandataires, représentantes et représentants, administratrices et administrateurs) aux fins de l'évaluation du risque, de la détermination de mon admissibilité à l'assurance et du traitement de toute demande de règlement. J'autorise Co-operators à communiquer, sur demande, les renseignements personnels ou médicaux me concernant à ma ou mon médecin, aux autorités de santé publique et à ses réassureurs. La présente autorisation demeure valable jusqu'à ce que je la révoque par écrit. Une copie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

Reconnaissance et déclaration de la personne demandeuse

Il est entendu que Co-operators (ou ses mandataires, représentantes et représentants, et administratrices et administrateurs) peut me demander de subir un ou plusieurs examens médicaux ou paramédicaux afin d'évaluer mon admissibilité à l'assurance. Je comprends que le refus de subir un tel examen peut entraîner un retard dans le traitement de ma demande ou le refus de celle-ci.

Il est entendu que tout renseignement que je fournis dans le cadre d'un examen médical ou paramédical, d'une déclaration d'assurabilité, d'un questionnaire ou de tout autre document présenté comme preuve d'assurabilité fait partie intégrante de ma demande d'adhésion à l'assurance. En outre, j'atteste que les renseignements fournis dans ma demande d'adhésion à l'assurance sont véridiques, complets et exacts. Il est entendu que le défaut de fournir des renseignements véridiques, complets et exacts ou toute fausse déclaration à l'égard d'un fait important peut amener Co-operators à déclarer mon assurance nulle.

Personne participante (signature) _____ Date _____
JJ/MM/AAAA

Si ce formulaire ne nous parvient pas dans les 60 jours suivant la date de la signature, une nouvelle demande devra être présentée.

DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ DES PERSONNES À CHARGE

Raison de la tarification médicale

- ☐ Adhésion tardive (cocher toutes les cases qui s'appliquent)
☐ Conjoint-e
☐ Enfant

À remplir SEULEMENT pour présenter une demande d'adhésion à l'assurance des personnes à charge.
Pour éviter tout retard, fournir tous les renseignements demandés. Vous devez répondre à toutes les questions; autrement, le formulaire vous sera retourné.

RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE PARTICIPANTE

Groupe _____ Compte _____ Certificat _____

Nom du groupe _____

Personne participante _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____

Adresse _____
Numéro et rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone _____ Courriel _____

Vous reconnaissez que les données transmises via Internet peuvent être interceptées et vous assumez les risques associés à cette méthode de transmission. Si vous ne souhaitez plus communiquer avec Co-operators Compagnie d'assurance-vie par courriel, veuillez nous en informer par écrit à group_medical_uw@cooperators.ca.

Êtes-vous effectivement au travail*? ☐ Oui ☐ Non

* Vous êtes considéré-e comme étant effectivement au travail si vous êtes en mesure d'exercer toutes les fonctions habituelles de votre emploi, à plein salaire, de façon régulière et continue, pendant le nombre d'heures normalement prévu pour cette journée de travail.

RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE

Conjoint-e _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____

Date de naissance _____ Sexe : ☐ H ☐ F ☐ X Taille _____ ☐ pi/po ☐ cm Poids _____ ☐ lb ☐ kg
JJ/MMM/AAAA

Médecin de famille (à défaut, nom de la clinique sans rendez-vous consultée) _____

Adresse _____
Numéro et rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Date de la dernière consultation _____ Raison et résultats _____
JJ/MMM/AAAA

Enfant _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____

Date de naissance _____ Sexe : ☐ H ☐ F ☐ X Taille _____ ☐ pi/po ☐ cm Poids _____ ☐ lb ☐ kg
JJ/MMM/AAAA

Médecin de famille (à défaut, nom de la clinique sans rendez-vous consultée) _____

Adresse _____
Numéro et rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Date de la dernière consultation _____ Raison et résultats _____
JJ/MMM/AAAA

Enfant _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____

Date de naissance _____ Sexe : ☐ H ☐ F ☐ X Taille _____ ☐ pi/po ☐ cm Poids _____ ☐ lb ☐ kg
JJ/MMM/AAAA

Médecin de famille (à défaut, nom de la clinique sans rendez-vous consultée) _____

Adresse _____
Numéro et rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Date de la dernière consultation _____ Raison et résultats _____
JJ/MMM/AAAA

Enfant _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____

Date de naissance _____ Sexe : ☐ H ☐ F ☐ X Taille _____ ☐ pi/po ☐ cm Poids _____ ☐ lb ☐ kg
JJ/MMM/AAAA

Médecin de famille (à défaut, nom de la clinique sans rendez-vous consultée) _____

Adresse _____
Numéro et rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Date de la dernière consultation _____ Raison et résultats _____
JJ/MMM/AAAA

RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE (suite)

Les personnes à charge précitées habitent-elles toutes avec l'employé-e? ☐ Oui ☐ Non

Une demande d'assurance vie ou maladie pour l'une de vos personnes à charge a-t-elle déjà été refusée, ou une telle assurance a-t-elle déjà été accordée moyennant une surprime ou des conditions particulières? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisions _____

PREUVE D'ASSURABILITÉ

Si vous avez répondu « oui » à l'une des questions 1 à 5, veuillez fournir des précisions dans la section « Commentaires » ci-dessous.

Dans les questions ci-dessous, « prestataire de soins de santé » comprend les médecins, les spécialistes, les infirmières et infirmiers praticiens, les psychologues, les travailleuses et travailleurs sociaux, les thérapeutes, ainsi que les naturopathes qualifié-e-s.

1. L'une de vos personnes à charge a-t-elle déjà consulté un/une prestataire de soins de santé ou reçu un traitement pour l'une des affections suivantes :
 - a. Épilepsie, crise d'épilepsie, sclérose en plaques, trouble du cerveau ou du système nerveux? ☐ Oui ☐ Non
 - b. Troubles ou symptômes liés à la santé mentale, notamment la dépression, l'anxiété, le trouble bipolaire, le syndrome de stress post-traumatique, le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH), des tentatives de suicide ou des pensées suicidaires? ☐ Oui ☐ Non
 - c. Hypertension, souffle cardiaque, arythmie cardiaque, palpitations, douleurs thoraciques, crise cardiaque, accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire (AIT), anévrisme ou autres troubles du cœur ou des vaisseaux sanguins? ☐ Oui ☐ Non
 - d. Hépatite A, B, C ou hépatite de type inconnu? ☐ Oui ☐ Non
 - e. Diabète, ou présence de sucre dans le sang ou les urines? ☐ Oui ☐ Non
 - f. Leucémie, anémie, hémophilie ou tout autre trouble ou anomalie du sang? ☐ Oui ☐ Non
 - g. Cancer, tumeurs, résultats de biopsie anormaux, hypertrophie ganglionnaire, lésions cutanées ou kystes, troubles de l'hypophyse, des surrénales ou de toute autre glande? ☐ Oui ☐ Non
 - h. Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)? ☐ Oui ☐ Non
2. Dans les 5 dernières années, l'une de vos personnes à charge a-t-elle consulté un/une prestataire de soins de santé ou reçu un traitement pour l'une des affections suivantes :
 - a. Trouble touchant les yeux, les oreilles, le nez ou la gorge? ☐ Oui ☐ Non
 - b. Maux de tête fréquents, traumatisme crânien, vertiges ou évanouissements? ☐ Oui ☐ Non
 - c. Trouble touchant les poumons ou le système respiratoire, notamment toux persistante, asthme, emphysème, bronchite, tuberculose ou apnée du sommeil? ☐ Oui ☐ Non
 - d. Trouble de l'estomac, de la vésicule biliaire, du foie, des intestins, du pancréas ou du système digestif? ☐ Oui ☐ Non
 - e. Sang dans les urines, calculs rénaux ou tout autre trouble des reins ou de la vessie? ☐ Oui ☐ Non
 - f. Arthrite, goutte, sciatique, trouble des articulations ou des membres, trouble des muscles ou de la colonne vertébrale, douleur à la nuque ou au dos, fibromyalgie ou syndrome de fatigue chronique? ☐ Oui ☐ Non
 - g. Troubles thyroïdiens ou autres troubles endocriniens? ☐ Oui ☐ Non
 - h. Trouble touchant la prostate, les seins ou les organes génitaux? ☐ Oui ☐ Non
3. L'une de vos personnes à charge est-elle enceinte? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, date d'accouchement prévue _____
JJ/MMM/AAAA
4. L'une de vos personnes à charge prend-elle actuellement des médicaments pour traiter une affection qui n'a pas encore été mentionnée dans ce questionnaire? ☐ Oui ☐ Non
5. Dans les 3 dernières années, l'une de vos personnes à charge a-t-elle consulté un/une prestataire de soins de santé pour toute autre maladie, affection, consultation, traitement ou raison qui n'a pas encore été mentionné dans ce questionnaire? ☐ Oui ☐ Non

COMMENTAIRES

Précisions concernant les réponses « oui » aux questions 1 à 5.

Question n°	Date JJ/MMM/AAAA	Précisions

Déclaration de confidentialité de Co-operators

Co-operators reconnaît et respecte l'importance de la protection de la vie privée. Lorsque vous souscrivez une assurance ou ouvrez un compte chez nous, nous vous demandons votre consentement pour recueillir, utiliser, conserver et communiquer vos renseignements personnels. Nous vous indiquons de quels renseignements nous avons besoin, ce que nous en ferons et à qui nous les communiquerons. Nous ouvrons un dossier confidentiel pour recueillir, utiliser, conserver et communiquer vos renseignements personnels aux fins suivantes : confirmer votre identité; étudier vos besoins d'assurance et déterminer la pertinence de nos produits et services pour vous; évaluer votre proposition d'assurance; établir et administrer votre police, y compris l'évaluation et le traitement des demandes de règlement; administrer vos placements; remplir nos obligations contractuelles et réglementaires; détecter et prévenir la fraude; et procéder à des analyses commerciales et statistiques. Nous ne communiquons vos renseignements personnels à aucune autre fin, à moins d'avoir obtenu votre consentement ou d'en avoir l'obligation ou l'autorisation légale.

Nous pouvons vous renseigner sur des produits et services qui pourraient vous intéresser. Vous pouvez nous dire quelles informations vous désirez recevoir de notre part et retirer votre consentement en tout temps. Vous pouvez accéder aux renseignements personnels contenus dans votre dossier et, au besoin, les faire corriger en nous le demandant par écrit.

Nous avons restreint l'accès à vos renseignements personnels à nos employés et employées 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, de stockage, d'analyse ou de reprise des activités après sinistre à l'extérieur du Canada ou de votre province de résidence. La loi pourrait les obliger à divulguer vos renseignements personnels à des cours de justice, à des gouvernements ou à des organismes de réglementation hors du Canada. Afin de protéger vos renseignements personnels, nous veillons à inclure des dispositions de sécurité et de protection de la vie privée dans tous les contrats que nous concluons avec des fournisseurs de services externes.

Vous trouverez plus de détails sur notre politique de protection des renseignements personnels ainsi que les coordonnées de notre Bureau de la protection de la vie privée à cooperators.ca/vie-privee.

DÉCLARATION ET AUTORISATION DE LA PERSONNE DEMANDEUSE**Autorisation et consentement de la personne demandeuse**

J'autorise toute personne ou organisation détenant des renseignements personnels ou médicaux me concernant à les communiquer à Co-operators (ou à ses mandataires, représentantes et représentants, administratrices et administrateurs) aux fins de l'évaluation du risque, de la détermination de mon admissibilité à l'assurance et du traitement de toute demande de règlement. J'autorise Co-operators à communiquer, sur demande, les renseignements personnels ou médicaux me concernant à ma ou mon médecin, aux autorités de santé publique et à ses réassureurs. La présente autorisation demeure valable jusqu'à ce que je la révoque par écrit. Une copie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

Reconnaissance et déclaration de la personne demandeuse

Je déclare que toute ou tout enfant à charge qui n'est pas mon enfant naturel ou adopté habite avec moi depuis au moins 12 mois consécutifs. Je confirme avoir l'autorisation d'agir au nom de mon conjoint ou de ma conjointe et de mes personnes à charge. Il est entendu que Co-operators (ou ses mandataires, représentantes et représentants, et administratrices et administrateurs) peut me demander de subir un ou plusieurs examens médicaux ou paramédicaux afin d'évaluer mon admissibilité à l'assurance. Je comprends que le refus de subir un tel examen peut entraîner un retard dans le traitement de ma demande ou le refus de celle-ci. Il est entendu que tout renseignement que je fournis dans le cadre d'un examen médical ou paramédical, d'une déclaration d'assurabilité, d'un questionnaire ou de tout autre document présenté comme preuve d'assurabilité fait partie intégrante de ma demande d'adhésion à l'assurance. En outre, j'atteste que les renseignements fournis dans ma demande d'adhésion à l'assurance sont véridiques, complets et exacts. Il est entendu que le défaut de fournir des renseignements véridiques, complets et exacts ou toute fausse déclaration à l'égard d'un fait important peut amener Co-operators à déclarer mon assurance nulle.

Personne participante (signature) _____ Date _____
JJ/MM/AAAA

Conjoint-e (signature) _____ Date _____
JJ/MM/AAAA

Enfant (signature) _____ Date _____
(si l'enfant a 16 ans ou plus) JJ/MM/AAAA

Enfant (signature) _____ Date _____
(si l'enfant a 16 ans ou plus) JJ/MM/AAAA

Enfant (signature) _____ Date _____
(si l'enfant a 16 ans ou plus) JJ/MM/AAAA

**Tous les frais engagés en vue d'obtenir les renseignements requis dans ce formulaire
ou tout autre renseignement sont à la charge de la personne participante.**

Si ce formulaire ne nous parvient pas dans les 60 jours suivant la date de la signature, une nouvelle demande devra être présentée.