

GÉNÉRALITÉS

Les accidents peuvent survenir n'importe où : au travail, à la maison, en vacances ou ailleurs. Cette garantie vous permet de souscrire un supplément d'assurance décès et mutilation accidentels à un tarif avantageux.

FONCTIONNEMENT

La garantie est offerte par tranches (voir la grille des taux remise à votre employeur). Vous pouvez donc choisir le montant d'assurance qui vous convient.

Disons qu'une personne désire souscrire cinq tranches (5 x 10 000 \$ = 50 000 \$) de la garantie facultative décès et mutilation accidentels.

Si vous choisissez le régime suivant :

Régime familial :	Votre conjoint est assuré à raison de : 40 % du montant d'assurance si vous avez des enfants à votre charge; ou de 50 % du montant d'assurance si vous n'avez pas d'enfant à votre charge.	Les enfants à votre charge sont assurés à raison de : 10 % du montant d'assurance si vous avez un conjoint; ou de 15 % du montant d'assurance si vous n'avez pas de conjoint.
Régime individuel de l'employé :	Si le coût est de 0,036 \$ par 1 000 \$, alors $0,036 \$ \times 50$ (montant d'assurance souscrit / 1 000) = 1,80 \$ par mois.	
Régime familial :	Si le coût est de 0,045 \$ par 1 000 \$, alors $0,045 \$ \times 50$ (montant d'assurance souscrit / 1 000) = 2,25 \$ par mois.	

Voici le tableau des pertes :

100 % de la prestation approuvée :	vie deux mains ou deux pieds vue des deux yeux une main et un pied une main ou un pied et la vue d'un oeil usage des deux mains, des deux bras ou des deux jambes paraplégie hémiplegie quadriplégie
75 % de la prestation approuvée :	un bras ou une jambe l'usage d'un bras ou d'une jambe
50 % de la prestation approuvée :	une main ou un pied vue d'un oeil parole ouïe des deux oreilles usage d'une main
25 % de la prestation approuvée :	pouce et index (de la même main)
16,7 % de la prestation approuvée :	ouïe d'une oreille

COMMENT PUIS-JE Y ADHÉRER?

Pour cela, il suffit de remplir la demande ci-jointe et de l'adresser à :

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

Courriel : group_eligibility_administration@cooperators.ca

Téléc. : 1-866-889-9924

www.cooperators.ca > Collective > Assurance collective > Formules

Votre garantie prend effet dès que vous recevez la confirmation écrite de Co-operators.

Le paiement des primes se fait par l'entremise de retenues salariales.

Pour en savoir plus ou obtenir d'autres formulaires, communiquez avec l'administrateur de votre régime.

ASSURANCE COLLECTIVE

DEMANDE D'ADHÉSION À LA GARANTIE

FACULTATIVE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

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 les renseignements demandés.

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

L'assurance est souscrite par Co-operators Compagnie d'assurance-vie.

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Groupe _____ Compte _____ Certificat _____ Nom du groupe _____

Le bénéficiaire de cette assurance est celui que j'ai désigné dans ma fiche d'adhésion à l'assurance vie collective.

Participant _____ Date de naissance _____ Genre : ☐ H ☐ F ☐ X
Prénom Initiale Nom de famille JJ/MMM/AAAA

Adresse _____
Numéro et rue Ville Province Code postal

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 l'adresse group_medical_uw@cooperators.ca.

2. RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉGIME

Type de régime : ☐ Régime individuel de l'employé ☐ Régime familial Montant d'assurance : _____ \$

3. QUESTIONNAIRE

1. Avez-vous consommé de la marijuana, des sédatifs, des tranquillisants, des hallucinogènes ou des narcotiques, sauf sur prescription d'un médecin? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez remplir cette partie : Type de médicament ou de drogue _____

Fréquence de consommation : ☐ # _____ par jour ☐ # _____ par semaine ☐ # _____ par mois ☐ Autre _____

Date de la dernière consommation _____
JJ/MMM/AAAA

2. Quelle est votre consommation moyenne d'alcool?

Fréquence de consommation : ☐ Chaque jour ☐ Chaque semaine ☐ Chaque mois ☐ Autre _____

Quantité consommée à chaque occasion _____ Date de la dernière consommation _____
JJ/MMM/AAAA

Avez-vous suivi un traitement ou des séances de counseling pour combattre l'alcoolisme (notamment adhésion aux Alcooliques anonymes)? ☐ Oui ☐ Non

3. Avez-vous été traité pour l'une des affections suivantes ou en avez-vous présenté des signes ou symptômes : étourdissements, évanouissements, convulsions, dépression nerveuse, épilepsie, AVC, troubles du cerveau ou du système nerveux, troubles de la vue ou de l'ouïe? ☐ Oui ☐ Non

Si OUI, précisez

4. CONFIDENTIALITÉ

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 et comment communiquer avec le responsable de la protection de la vie privée à www.cooperators.ca/vie-privee.

5. DÉCLARATION ET AUTORISATION

Autorisation du candidat à l'assurance

J'autorise tout médecin, hôpital, clinique et autre fournisseur ou établissement de soins de santé, assureur, régime provincial d'assurance maladie, ministère et agence gouvernementale et autres personnes ou organismes ayant des renseignements médicaux ou autres me concernant à échanger avec Co-operators, l'administrateur du régime ou leurs représentants ou agents, tous les renseignements nécessaires pour étudier ma demande d'adhésion, déterminer mon droit à l'assurance et traiter toute demande de règlement. J'autorise Co-operators à divulguer les renseignements obtenus lors de la souscription à ses réassureurs et à mon médecin ainsi qu'aux autorités de santé publique, au besoin. La présente autorisation demeure valable jusqu'à ce que je le révoque par écrit. Une copie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

Reconnaissance et déclaration du candidat à l'assurance

J'autorise également Co-operators, l'administrateur du régime ou leurs représentants ou agents à exiger que je me soumette à tout examen médical ou paramédical pouvant être requis pour ces fins. Je suis conscient que le fait de refuser ou de retirer mon consentement risque d'entraîner des retards dans le traitement de ma demande ou le refus de celle-ci. Il est entendu que toute information tirée 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 la demande d'adhésion. En outre, je déclare que cette information ainsi que les renseignements inscrits dans la demande d'adhésion sont vrais, complets et exacts. Toute fausse déclaration ou réticence influant sur l'évaluation du risque peut entraîner la nullité de mon assurance.

Signature du participant _____ Date _____

JJ/MMM/AAAA