

GÉNÉRALITÉS

Vous trouverez ici un aperçu des garanties auxquelles vous êtes admissible. Cependant, ce texte ne confère aucun droit, contractuel ou autre. Tous les droits afférents aux garanties d'assurance sont régis uniquement par la police collective établie par Co-operators Compagnie d'assurance-vie.

POURQUOI SOUSCRIRE UNE ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE?

Les statistiques révèlent qu'une famille canadienne a besoin d'un montant d'assurance de 4 à 6 fois plus élevé que son revenu annuel. L'un des atouts les plus précieux d'une personne est sa capacité à gagner un revenu. La perte de revenu qu'entraîne un décès risque donc d'avoir des conséquences néfastes sur le niveau de vie et les rêves d'une famille à moins que celle-ci n'ait pris les dispositions nécessaires pour remplacer le revenu perdu.

UN EXAMEN MÉDICAL EST-IL NÉCESSAIRE?

Co-operators Compagnie d'assurance-vie se réserve le droit de demander un examen médical ou une déclaration d'état de santé, et ce, sans que vous n'ayez à payer quoi que ce soit. Si de tels renseignements sont nécessaires, vous en serez informé directement.

À QUEL MOMENT L'ASSURANCE PREND-ELLE EFFET?

Votre protection prend effet dès que vous recevez la confirmation écrite de Co-operators Compagnie d'assurance-vie.

COMMENT LES PRIMES SONT-ELLES PAYÉES?

Le paiement des primes se fait par retenue salariale.

COMMENT L'ASSURANCE FONCTIONNE-T-ELLE?

La protection est offerte par tranches (voir la grille des taux remise au promoteur de régime). Vous pouvez donc choisir le montant d'assurance qui vous convient.

Disons qu'une personne de 34 ans désire souscrire 10 tranches (100 000 \$) d'assurance vie complémentaire. Si le coût de cette protection s'établit à 1 \$ par mois pour chaque tranche, alors : 1 \$ x 10 tranches = 10 \$ par mois.

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

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.

Si ce formulaire ne parvient pas à nos bureaux dans les 60 jours suivant la date de la signature, il faut remplir une nouvelle demande.

Groupe _____ Compte _____ Certificat _____ Nom du groupe _____

Participant _____

Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____

Le participant est-il effectivement au travail? ☐ Oui ☐ Non Si non, pourquoi? _____

Candidat à l'assurance : ☐ Participant ☐ Conjoint

Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____

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.

Téléphone : Domicile _____ Bureau _____ Cellulaire _____

Date de naissance _____ JJ/MMM/AAAA Genre : ☐ H ☐ F ☐ X

Salaire annuel \$ _____ Profession _____

Montant de l'assurance vie collective facultative déjà en vigueur : _____ \$ **Nouveau montant total demandé :** _____ \$

(au titre de ce régime)

- Le participant doit apposer ses initiales au-dessous de tout changement.
- Dans le cas d'une demande au nom du conjoint, c'est le participant qui doit être nommé bénéficiaire.
- La répartition se fait à parts égales entre les bénéficiaires, à moins d'indication contraire. Le total des parts doit être égal à 100 %.
- Si vous ne désignez pas de bénéficiaire, votre « succession » sera le bénéficiaire par défaut.

Nom du bénéficiaire			Date de naissance (JJ/MMM/AAAA)	Courriel et Téléphone	Lien avec le participant	%
Prénom	Initiale	Nom de famille				
<i>Total doit être égal à 100 %</i>						

RENSEIGNEMENTS SUR LE BÉNÉFICIAIRE (doit être désigné par le participant) SUITE

BÉNÉFICIAIRE SUBSIDIAIRE*

Nom du bénéficiaire en sous-ordre			Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Courriel et Téléphone	Lien avec le participant	%
Prénom	Initiale	Nom de famille				

*Le produit de l'assurance revient au bénéficiaire subsidiaire uniquement si le premier bénéficiaire décède avant le participant.

FIDUCIAIRE**

Nom du fiduciaire			Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Courriel et Téléphone	Lien avec le participant	Fiduciaire pour (nom complet de l'enfant mineur)
Prénom	Initiale	Nom de famille				

**Si vous ne nommez pas de fiduciaire, le produit de l'assurance est versé au tuteur légal du bénéficiaire mineur ou au curateur public. Si le bénéficiaire est mineur, veuillez nommer un fiduciaire. Le produit de l'assurance est payable au fiduciaire si le bénéficiaire n'a pas atteint l'âge de la majorité au moment de toucher les sommes dues.

Au Québec, la désignation du conjoint comme bénéficiaire est irrévocable, à moins d'avis contraire de révocation. Je désigne mon conjoint comme bénéficiaire révocable: ☐ Oui

DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ

1. Des membres de votre famille ont-ils subi un AVC ou reçu un diagnostic de diabète, sclérose en plaques, de maladie du cœur, d'hypertension artérielle, d'hypercholestérolémie, de cancer, de maladie mentale ou de VIH? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, indiquez l'affection, le lien de parenté et l'âge au diagnostic _____

2. Parmi vos frères, sœurs, père et mère, y a-t-il une ou plusieurs personnes qui souffrent ou ont souffert de troubles héréditaires? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez (p. ex. chorée de Huntington, maladie polykystique des reins, etc.) _____

3. Au cours de la dernière année, avez-vous reçu des traitements ou souffert de symptômes liés à un problème de santé, une maladie ou une affection ayant entraîné votre hospitalisation? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez :

Nom de l'affection	Date du début JJ/MM/AAAA	Date du rétablissement JJ/MM/AAAA	Médecin traitant ou hôpital	Résultat

4. Taille _____ ☐ pi/po ☐ cm Poids _____ ☐ lbs ☐ kg

Votre poids a-t-il changé au cours de la dernière année? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, de combien? _____ Pourquoi? _____

5. À votre connaissance, êtes-vous actuellement en bonne santé (à savoir, vous ne présentez aucun symptôme d'un problème de santé)? ☐ Oui ☐ Non

Si non, précisez :

Nom de l'affection	Date du début JJ/MM/AAAA	Médecin traitant ou hôpital	Résultat

6. Êtes-vous actuellement en observation ou recevez-vous un traitement ou des médicaments d'un médecin ou d'un prestataire de soins de santé parallèle pour un trouble, un malaise ou une affection? (On entend par prestataire de soins de santé parallèle : herboriste, acupuncteur, chiropraticien, homéopathe, naturopathe, etc.) ☐ Oui ☐ Non

Si oui, de quel traitement ou médicament s'agit-il? _____ Pourquoi? _____

DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ (SUITE)

7. Qui est votre médecin habituel ou médecin de famille? _____

Si vous n'en avez pas, indiquez le nom de la clinique sans rendez-vous que vous fréquentez :

Numéro et rue

Ville

Province

Code postal

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

8. Souffrez-vous d'une affection pour laquelle une hospitalisation ou une chirurgie est envisagée ou recommandée? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, fournissez les détails et les dates

9. Avez-vous déjà souffert de l'une des affections suivantes ou vous a-t-on dit que vous en souffriez :

a. Trouble pulmonaire ou respiratoire (p. ex. asthme, bronchite, tuberculose, emphysème, etc.)? ☐ Oui ☐ Non

b. Trouble cardiaque (p. ex. douleur à la poitrine, essoufflement, hypertension artérielle, rhumatisme articulaire aigu, souffle cardiaque, crise cardiaque ou AVC)? ☐ Oui ☐ Non

c. Trouble gastrique (p. ex. ulcère, appendicite, trouble de vésicule biliaire, hernie, colite ou autre trouble digestif)? ☐ Oui ☐ Non

d. Diabète, maladie rénale, infection ou maladie transmissible sexuellement, ou anomalie des urines? ☐ Oui ☐ Non

e. Cancer, kyste, tumeur ou trouble sanguin? ☐ Oui ☐ Non

f. Épilepsie, paralysie, étourdissement ou trouble du cerveau? ☐ Oui ☐ Non

g. Névrite, arthrite, rhumatisme ou trouble du dos, de la colonne vertébrale, des articulations ou des muscles? ☐ Oui ☐ Non

h. Trouble nerveux ou mental (dont la dépression, l'anxiété ou les pensées suicidaires)? ☐ Oui ☐ Non

i. SIDA, para-SIDA ou réaction positive à un test de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), ou tout autre trouble immunologique? ☐ Oui ☐ Non

j. Hépatite A, B, C ou de type inconnu, ou tout autre trouble hépatique? ☐ Oui ☐ Non

k. Tout affection, handicap ou déformation non mentionné ci-dessus? ☐ Oui ☐ Non

Dans le cas d'une réponse affirmative à l'une ou l'autre des questions du n° 9, précisez :

Nom de l'affection	Date du début JJ/MMM/AAAA	Date du rétablissement JJ/MMM/AAAA	Médecin traitant ou hôpital	Résultat

10. Avez-vous déjà pris des médicaments ou des drogues, comme la marijuana et la cocaïne, à des fins non médicales, vous a-t-on déjà conseillé de réduire votre consommation d'alcool, ou avez-vous déjà reçu des traitements pour la toxicomanie ou l'alcoolisme, ou vous les a-t-on recommandés? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez en indiquant : Substance _____

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

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

11. Vous a-t-on déjà refusé une assurance vie ou proposé une assurance modifiée de quelque façon? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, date _____ JJ/MMM/AAAA Raison _____

12. Usage du tabac : Avez-vous consommé une forme quelconque de tabac, de produits contenant de la nicotine ou de substituts de nicotine au cours des 12 derniers mois? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, durant combien de temps? _____ Combien par jour? _____

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.

DÉCLARATION ET AUTORISATION

Autorisation du candidat à l'assurance

J'ai lu et compris la déclaration de confidentialité et j'autorise la collecte, l'utilisation, la conservation et la divulgation des renseignements personnels me concernant ou concernant mes personnes à charge aux fins précisées ci-dessus. Je comprends que je peux révoquer mon consentement à tout moment par écrit et reconnais qu'un tel geste risque de nuire au traitement de ma demande.

J'autorise toute personne ou organisation ayant des renseignements personnels ou médicaux me concernant à les communiquer à Co-operators (ou à ses agents, représentants et administrateurs) pour les objets suivants : faire l'évaluation du risque, déterminer mon droit à l'assurance et traiter toute demande de règlement. J'autorise Co-operators à divulguer les renseignements personnels ou médicaux me concernant à ses réassureurs, ainsi qu'à mon médecin et aux autorités de santé publique, au besoin. 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 du candidat à l'assurance

Il est entendu que Co-operators (ou ses agents, représentants et administrateurs) peut me demander de subir un examen médical ou paramédical afin de déterminer mon droit à l'assurance. Je suis conscient que le fait de refuser 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 _____ Date _____
(Signature du conjoint) JJ/MM/AAAA

Signature _____ Date _____
(Signature du participant) JJ/MM/AAAA