

## 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 quatre à six 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 une maladie risque donc d'avoir des conséquences néfastes sur le niveau de vie et les rêves d'une famille, à moins d'avoir 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 votre régime). Vous pouvez donc choisir le montant d'assurance qui vous convient.

Disons qu'une personne de 34 ans désire souscrire 10 tranches (50 000 \$) d'assurance maladies graves 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](mailto: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? \_\_\_\_\_

Téléphone : Domicile \_\_\_\_\_ Bureau \_\_\_\_\_ Cellulaire \_\_\_\_\_

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

Salaire annuel \_\_\_\_\_ \$ Profession \_\_\_\_\_

Montant de l'assurance maladies graves facultative déjà en vigueur : \_\_\_\_\_ \$ Nouveau montant total demandé : \_\_\_\_\_ \$  
(au titre de ce régime)

1. Est-ce que l'une des maladies suivantes a été diagnostiquée chez votre père, votre mère, l'un de vos frères ou l'une de vos sœurs, avant leur 60<sup>e</sup> anniversaire de naissance : cancer, tumeur, leucémie, lymphome, maladie de Hodgkin, maladie du cœur, sclérose en plaques, crise cardiaque, coronaropathie, accident vasculaire cérébral, hypertension, diabète, maladie polykystique des reins, maladie du rein, maladie du foie, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, démence, maladie de Huntington, maladie de Parkinson ou sclérose latérale amyotrophique? ..... ☐ 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 présenté des symptômes ou reçu un traitement pour une affection médicale, un trouble ou un malaise ayant nécessité votre hospitalisation? ..... ☐ Oui ☐ Non
- Si oui, ci-dessous :

| Nom de l'affection | Date du début et durée de l'affection<br>JJ/MM/AAAA | Symptômes | Médecin traitant ou hôpital | Traitement et résultats |
|--------------------|-----------------------------------------------------|-----------|-----------------------------|-------------------------|
|                    |                                                     |           |                             |                         |
|                    |                                                     |           |                             |                         |
|                    |                                                     |           |                             |                         |
|                    |                                                     |           |                             |                         |

## DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ DU PROPOSANT (SUITE)

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. 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 \_\_\_\_\_ Raison et résultat \_\_\_\_\_  
JJ/MM/AAAA

6. Avez-vous déjà souffert de l'une des affections suivantes ou vous a-t-on dit que vous en souffriez :
- a. Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), emphysème, apnée du sommeil, tuberculose, asthme, bronchite chronique ou toute autre maladie ou affection pulmonaire? ..... ☐ Oui ☐ Non
  - b. Accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire (AIT), crise cardiaque, chirurgie cardiaque, souffle cardiaque, pontage aortocoronarien ou angioplastie, rythme cardiaque irrégulier, stimulateur cardiaque (pacemaker), douleur à la poitrine ou essoufflement? ..... ☐ Oui ☐ Non
  - c. Trouble gastro-intestinal tel ulcère, sang dans les selles, maladie de Crohn, colite ulcéreuse, diverticulite ou tout autre trouble des intestins, de l'oesophage, de l'estomac ou du pancréas? ..... ☐ Oui ☐ Non
  - d. Diabète, trouble endocrinien ou trouble des reins ou de la vessie? ..... ☐ Oui ☐ Non
  - e. Cancer, tumeur, polype, kyste, nævus dysplasique, excroissance de la peau, retrait d'un grain de beauté, leucémie, lymphome, mélanome, nodule, excroissance ou gonflement, mammographie ou test Pap anormal, test de dépistage de l'antigène prostatiquespécifique (APS) anormal ou toute autre affection du sang? ..... ☐ Oui ☐ Non
  - f. Blessure à la tête, épilepsie, déficit cognitif, perte de mémoire, faiblesse musculaire, engourdissement, fourmillement, étourdissement, paralysie, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique (SLA), maladie de Huntington, maladie de Parkinson, maladie du motoneurone, démence, maladie d'Alzheimer ou tout trouble du cerveau? ..... ☐ Oui ☐ Non
  - g. Névrite, arthrite, rhumatisme ou trouble du dos, de la colonne vertébrale, des os, des articulations ou des muscles? ..... ☐ Oui ☐ Non
  - h. Trouble nerveux ou mental, dont la dépression, l'anxiété ou les pensées suicidaires? ..... ☐ Oui ☐ Non
  - i. Résultat positif au test de VIH? ..... ☐ Oui ☐ Non
  - j. Affection des yeux ou des oreilles, comme la cécité, la névrite optique, l'acouphène ou la surdité? ..... ☐ Oui ☐ Non
  - k. Maladie du foie ou hépatite, y compris porteur de l'hépatite? ..... ☐ Oui ☐ Non
  - l. Toute affection, handicap ou déformation non mentionné ci-dessus? ..... ☐ Oui ☐ Non

Si vous avez répondu oui à l'une des questions du no 6, précisez ci-dessous :

| Nom de l'affection | Date du début et durée de l'affection<br>JJ/MM/AAAA | Symptômes | Médecin traitant ou hôpital | Traitement et résultats |
|--------------------|-----------------------------------------------------|-----------|-----------------------------|-------------------------|
|                    |                                                     |           |                             |                         |
|                    |                                                     |           |                             |                         |
|                    |                                                     |           |                             |                         |

7. Avez-vous déjà pris des médicaments ou des drogues, dont la marijuana et la cocaïne, à des fins non médicales, ou vous a-t-on déjà conseillé de réduire votre consommation d'alcool, ou avez-vous déjà reçu un traitement pour la toxicomanie ou l'alcoolisme, ou vous lesa-t-on recommandé? ..... ☐ 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/MM/AAAA
8. Vous a-t-on déjà refusé une assurance vie ou une assurance maladies graves ou proposé une telle assurance modifiée de quelque façon que ce soit? ..... ☐ Oui ☐ Non  
Si oui, date \_\_\_\_\_ Raison \_\_\_\_\_  
JJ/MM/AAAA
9. 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? \_\_\_\_\_

## DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ DU PROPOSANT (SUITE)

10. Au cours des cinq dernières années, avez-vous consulté un professionnel de la santé pour un symptôme, maladie, affection ou examen de santé ou traitement qui n'a pas été mentionné ci-dessus? ..... ☐ Oui ☐ Non  
Si oui, précisez \_\_\_\_\_
11. Au cours des cinq dernières années, avez-vous subi un électrocardiogramme (ECG), une radiographie, une analyse sanguine ou toute autre épreuve diagnostique, comme une colonoscopie, mammographie, échographie, tomодensitogramme, imagerie par résonance magnétique (IRM) ou échocardiogramme, qui n'a pas été mentionné ci-dessus? ..... ☐ Oui ☐ Non  
Si oui, précisez et indiquez le nom de l'examen, la date et les résultats  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. Êtes-vous en attente d'une consultation auprès d'un professionnel de la santé ou vous a-t-on conseillé de subir une opération, un examen ou une investigation qui n'a pas encore eu lieu ou dont vous n'avez pas reçu les résultats? ..... ☐ Oui ☐ Non  
Si oui, précisez \_\_\_\_\_
13. Au cours des six derniers mois, avez-vous présenté une affection, une maladie ou des symptômes pour lesquels vous n'avez pas encore consulté de médecin ou reçu de traitement? ..... ☐ Oui ☐ Non  
Si oui, précisez \_\_\_\_\_

## 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](http://www.cooperators.ca/vie-privee).

## AUTORISATION DU PROPOSANT

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 et à mon médecin ainsi qu'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 PROPOSANT

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. Il est entendu que toute fausse déclaration ou réticence influant sur l'évaluation du risque peut entraîner l'annulation de mon assurance.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
(Signature du conjoint) JJ/MM/AAAA

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
(Signature du participant) JJ/MM/AAAA