

- Adhésion tardive
 Assurance excédentaire
 Augmentation de salaire > 15 %
 Preuve exigée au premier dollar (max. sans preuve : 0 \$)

COORDONNÉES

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

 Courriel : service_client_collective@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.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT (À REMPLIR PAR LE PARTICIPANT)

Groupe _____ Compte _____ Certificat _____ Nom de groupe _____

 Participant _____
Prénom Initialle Nom de famille

 Adresse _____
N° et rue Ville Province Code postal

Téléphone : Domicile _____ Travail _____ Cellulaire _____

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 service_client_collective@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? _____

PREUVE D'ASSURABILITÉ

- | | |
|---|---|
| 1. L'un des membres de votre famille a-t-il reçu un diagnostic pour l'une de ces affections : sclérose en plaques, diabète, maladie du cœur, hypertension, hypercholestérolémie, cancer, maladie mentale, VIH ou accident vasculaire cérébral (AVC)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui, indiquez l'affection, le lien de parenté et l'âge au diagnostic : _____ |
| 2. L'un de vos parents ou frères et sœurs souffre-t-il d'un trouble héréditaire (c.-à-d. chorée de Huntington, maladie polykystique des reins, etc.)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui, précisez : _____ |
| 3. Avez-vous déjà consulté un médecin ou un praticien de médecine non traditionnelle (dont herboriste, acuponcteur, chiropraticien, homéopathe, naturopathe, etc.) pour l'une des affections suivantes ou avez-vous déjà souffert de l'une de ces affections (précisez laquelle)?
a) Trouble touchant les yeux, les oreilles, le nez ou la gorge <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b) Maux de tête graves, étourdissements, évanouissements, perte de connaissance, épilepsie, convulsions, troubles de la parole, paralysie, accident vasculaire cérébral (AVC), trouble du cerveau ou du système nerveux <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
c) Troubles nerveux, notamment dépression, anxiété ou pensées suicidaires <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
d) Hypertension, palpitations ou douleurs dans la région du cœur ou à la poitrine, gêne respiratoire, troubles cardiaques, angine ou maladie coronarienne, rhumatisme articulaire aigu, souffle cardiaque, crise cardiaque ou autre trouble du cœur ou du système sanguin <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
e) Toux ou enrouement persistant, crachement de sang, asthme, emphysème, pleurésie, bronchite, tuberculose, maladie respiratoire ou autre trouble des poumons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
f) Ulcère d'estomac ou du duodénum, indigestions chroniques, ictère (jaunisse), calculs biliaires, colite, diarrhées sanguinolentes ou chroniques, troubles de l'estomac, de la vésicule biliaire, du foie, des intestins, du pancréas, du rectum ou du système digestif <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
g) Hépatite A, B, C ou de type inconnu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
h) Albumine, sucre, pus ou sang dans l'urine, diabète, pierre au rein ou colique, ou autre trouble des reins ou de la vessie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Précisions pour les questions dont la réponse est « oui »
Indiquez le numéro de la question et les éléments applicables. Précisez la date, le diagnostic, la durée, la nature et le nombre de traitements (inscrivez le nom du médicament, la dose et la posologie, s'il y a lieu), les résultats, ainsi que le nom et l'adresse du médecin traitant. |

<p>i) Arthrite, goutte, rhumatisme, sciatique, malformation ou trouble des articulations ou des membres, trouble des muscles ou de la colonne vertébrale, notamment discopathie dégénérative, douleurs au cou, à la nuque ou au dos, traumatisme de la colonne vertébrale, utilisation d'un appareil orthopédique ou d'un collet cervical, fibromyalgie ou syndrome de fatigue chronique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>j) Leucémie, anémie, hémophilie ou tout autre trouble ou anomalie du sang <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>k) Cancer, tumeur, hypertrophie ganglionnaire (ganglions) ou lésions cutanées, kyste ou excroissance anormale, problème de l'hypophyse, des surrénales ou de toute autre glande, ou infections inexplicables <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>l) Troubles thyroïdiens ou autres troubles endocriniens <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>m) Infection ou maladie transmissible sexuellement ou autre trouble de la prostate ou des organes génitaux <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>n) À part les éléments énoncés précédemment, avez-vous souffert de tout autre problème de santé (affection, maladie ou malaise), subi toute autre blessure, chirurgie ou examen complémentaire, ou consulté tout autre médecin? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	
<p>4. Au cours des 10 dernières années, avez-vous</p> <p>a) contracté le syndrome d'immunodéficience acquise (sida), le para-sida ou le complexe lié au sida, ou avez-vous reçu le diagnostic de l'une de ces affections? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>b) reçu des conseils ou un traitement en lien avec les affections énoncées à la question 4. a)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>c) obtenu un résultat positif à un test de dépistage des anticorps du virus du sida HTLV-III (virus T-lymphotrope humain, type III)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	
<p>5. Vous a-t-on déjà refusé une assurance vie ou maladie, ou accordé une telle assurance moyennant surprime ou modification? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Quand? _____</p> <p>Pourquoi? _____</p> <p>Assureur : _____</p>
<p>6. Détenez-vous actuellement une police d'assurance vie individuelle chez Co-operators qui a été établie au cours de la dernière année? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Si oui, numéro de la police : _____</p>
<p>7. Avez-vous demandé ou reçu une rente ou une indemnité d'accident du travail ou des prestations d'invalidité en raison d'une maladie ou d'une blessure? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Quand? _____</p> <p>Pourquoi? _____</p>
<p>8. Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous absenté de votre travail en raison d'une maladie ou d'une blessure? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Quand? _____</p> <p>Durée : _____</p> <p>Pourquoi? _____</p>
<p>9. Souffrez-vous d'une affection pour laquelle une hospitalisation ou une chirurgie est envisagée ou recommandée? Si oui, fournissez les détails et les dates <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	
<p>10. Êtes-vous en observation, prenez-vous des médicaments ou recevez-vous un traitement ou des conseils d'un médecin ou d'un praticien de médecine non traditionnelle pour une affection ou des symptômes d'ordre médical ou physique non mentionnés précédemment? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	
<p>11. a) Avez-vous déjà eu une maladie des seins, des ovaires, du col de l'utérus ou de l'utérus? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>b) Avez-vous déjà subi des complications lors d'une grossesse ou d'un accouchement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>c) Êtes-vous enceinte? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Si oui, indiquez les éléments applicables. Précisez la date, le diagnostic, la durée, la nature et le nombre de traitements (inscrivez le nom du médicament, la dose et la posologie, s'il y a lieu), les résultats, ainsi que le nom et l'adresse du médecin traitant.</p> <p>Si oui, précisez la date prévue de l'accouchement : _____</p>
<p>12. Consommez-vous de l'alcool ou en avez-vous déjà consommé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Si oui, veuillez remplir cette partie.</p> <p>Fréquence de consommation : <input type="checkbox"/> # _____ par jour <input type="checkbox"/> # _____ par semaine <input type="checkbox"/> # _____ par mois</p> <p>Date de la dernière consommation : _____</p>
<p>13. Avez-vous déjà suivi un traitement contre l'alcoolisme ou la toxicomanie (y compris adhésion aux AA), ou vous a-t-on déjà conseillé de le faire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Si oui, fournissez les détails et les dates : _____</p>
<p>14. Prenez-vous ou avez-vous déjà pris des médicaments vendus sans ordonnance, des hallucinogènes, des stimulants, des narcotiques, des sédatifs ou des tranquillisants (y compris marijuana et cocaïne)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Si oui, veuillez remplir cette partie.</p> <p>Type de médicament ou de drogue : _____</p> <p>Fréquence de consommation : <input type="checkbox"/> # _____ par jour <input type="checkbox"/> # _____ par semaine <input type="checkbox"/> # _____ par mois</p> <p>Date de la dernière consommation : _____</p>

15. Avez-vous déjà consommé sous une forme quelconque du tabac, des produits à base de nicotine ou des substituts de ces produits (y compris timbres et gomme à la nicotine)? Oui Non

Si oui, durant combien de temps et combien de fois par jour? _____

16. Qui est votre médecin de famille habituel? (Si vous n'en avez pas, indiquez le nom de la clinique sans rendez-vous que vous fréquentez.)

Adresse _____

N° et rue

Ville

Province

Code postal

Date approximative de la dernière consultation _____ Raison et **résultats** _____

JJ/MMM/AAAA

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 révisée de protection des renseignements personnels à www.cooperators.ca/vie-privee. Pour toute question sur le sujet ou sur la collecte, l'utilisation, la conservation et la communication de vos renseignements personnels, communiquez avec le Bureau de la protection de la vie privée de Co-operators par téléphone au 1-888-887-7773 ou par courriel à privacy@cooperators.ca.

DÉCLARATION ET AUTORISATION DU PROPOSANT**AUTORISATION DU PROPOSANT**

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 : évaluation du risque, détermination de mon droit à l'assurance et traitement de 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 ma demande d'adhésion à l'assurance. En outre, je déclare que les renseignements inscrits dans ma demande d'adhésion à l'assurance sont vrais, complets et exacts. Il est entendu que tout défaut de divulguer des renseignements vrais, complets et exacts ou toute réticence influant sur l'évaluation du risque peut entraîner l'annulation de mon assurance par Co-operators.

Signature du participant _____ Date _____

JJ/MMM/AAAA

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.

DECLARATION D'ASSURABILITE DES PERSONNES A CHARGE

À remplir SEULEMENT pour présenter une demande d'adhésion à l'assurance des personnes à charge.

Pour éviter tout retard, fournir les renseignements demandés

Vous devez répondre à toutes les questions, sinon le formulaire vous sera retourné.

Raison de la tarification médicale

- Adhérent tardif (cochez les cases pertinentes)
 Conjoint Enfant
 Demande d'adhésion à titre de personne à charge frappée d'incapacité

RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE

Groupe _____ Compte _____ Certificat _____ Nom du groupe _____

Participant (employé) _____
Prénom Initialle Nom de famille

Adresse _____
N° et rue Ville Province Code postal

Téléphone : Domicile _____ Cellulaire _____

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 service_client_collective@cooperators.ca

Conjoint _____
Prénom Initialle Nom de famille Sexe H F X

Date de naissance _____ Taille _____ pi/po cm Poids _____ lb kg
J/MMM/AAAA

Enfant _____
Prénom Initialle Nom de famille Sexe H F X

Date de naissance _____ Taille _____ pi/po cm Poids _____ lb kg
J/MMM/AAAA

Enfant _____
Prénom Initialle Nom de famille Sexe H F X

Date de naissance _____ Taille _____ pi/po cm Poids _____ lb kg
J/MMM/AAAA

Enfant _____
Prénom Initialle Nom de famille Sexe H F X

Date de naissance _____ Taille _____ pi/po cm Poids _____ lb kg
J/MMM/AAAA

PREUVE D'ASSURABILITE DES PERSONNES À CHARGE

1. Le participant (employé) est-il effectivement au travail? Oui Non Si non, pourquoi? _____

2. Les personnes à charge précitées habitent-elles toutes avec l'employé? Oui Non Si non, précisez et indiquez le prénom de l'enfant : _____

3. L'une de vos personnes à charge a-t-elle déjà consulté un médecin ou un praticien de médecine non traditionnelle (dont herboriste, acuponcteur, chiropraticien, homéopathe, naturopathe, etc.) pour l'une des affections suivantes ou a-t-elle déjà souffert de l'une de ces affections (précisez laquelle)?

a) Trouble touchant les yeux, les oreilles, le nez ou la gorge Oui Non

b) Maux de tête graves, étourdissements, évanouissements, perte de connaissance, épilepsie, convulsions, troubles de la parole, paralysie, accident vasculaire cérébral (AVC), trouble du cerveau ou du système nerveux Oui Non

c) Troubles nerveux, notamment dépression, anxiété ou pensées suicidaires Oui Non

d) Hypertension, palpitations ou douleurs dans la région du cœur ou à la poitrine, gêne respiratoire, troubles cardiaques, angine ou maladie coronarienne, rhumatisme articulaire aigu, souffle cardiaque, crise cardiaque ou autre trouble du cœur ou du système sanguin Oui Non

e) Toux ou enrouement persistant, crachement de sang, asthme, emphysème, pleurésie, bronchite, tuberculose, maladie respiratoire ou autre trouble des poumons Oui Non

f) Ulcère d'estomac ou du duodénum, indigestions chroniques, ictère (jaunisse), calculs biliaires, colite, diarrhées sanguinolentes ou chroniques, troubles de l'estomac, de la vésicule biliaire, du foie, des intestins, du pancréas, du rectum ou du système digestif Oui Non

g) Hépatite A, B, C ou de type inconnu Oui Non

h) Albumine, sucre, pus ou sang dans l'urine, diabète, pierre au rein ou colique, ou autre trouble des reins ou de la vessie Oui Non

Précisions pour les questions dont la réponse est « oui »
 Indiquez le numéro de la question et les éléments applicables. Précisez la date, le diagnostic, la durée, la nature et le nombre de traitements (inscrivez le nom du médicament, la dose et la posologie, s'il y a lieu), les résultats, ainsi que le nom et l'adresse du médecin traitant.

PREUVE D'ASSURABILITÉ DES PERSONNES À CHARGE (SUITE)

- i) Arthrite, goutte, rhumatisme, sciatique, malformation ou trouble des articulations ou des membres, trouble des muscles ou de la colonne vertébrale, notamment discopathie dégénérative, douleurs au cou, à la nuque ou au dos, traumatisme de la colonne vertébrale, utilisation d'un appareil orthopédique ou d'un collet cervical, fibromyalgie ou syndrome de fatigue chronique Oui Non
- j) Leucémie, anémie, hémophilie ou tout autre trouble ou anomalie du sang Oui Non
- k) Cancer, tumeur, hypertrophie ganglionnaire (ganglions) ou lésions cutanées, kyste ou excroissance anormale, problème de l'hypophyse, des surrénales ou de toute autre glande, ou infections inexplicables Oui Non
- l) Troubles thyroïdiens ou autres troubles endocriniens Oui Non
- m) Infection ou maladie transmissible sexuellement ou autre trouble de la prostate ou des organes génitaux Oui Non
- n) L'une des personnes à charge a-t-elle déjà présenté une demande d'assurance qui a été refusée, retardée ou modifiée de quelque façon que ce soit? Oui Non
- o) A-t-on indiqué à l'une des personnes à charge qu'une chirurgie à venir était nécessaire? Oui Non
- p) À part les éléments énoncés précédemment, l'une des personnes à charge a-t-elle souffert de tout autre problème de santé (affection, maladie ou malaise), subi toute autre blessure, chirurgie ou examen complémentaire, consulté tout autre médecin ou reçu des médicaments? Oui Non
4. a) Avez-vous déjà eu une maladie des seins, des ovaires, du col de l'utérus ou de l'utérus? Oui Non
- b) Avez-vous déjà subi des complications lors d'une grossesse ou d'un accouchement? Oui Non
- c) Êtes-vous enceinte? Oui Non
5. Au cours des 10 dernières années, l'une des personnes à charge a-t-elle :
- a) contracté le syndrome d'immunodéficience acquise (sida), le para-sida ou le complexe lié au sida, ou a-t-elle reçu le diagnostic de l'une de ces affections? Oui Non
- b) eçu des conseils ou un traitement en lien avec les affections énoncées à la question 5. a)? Oui Non
- c) obtenu un résultat positif à un test de dépistage des anticorps du virus du sida HTLV-III (virus T-lymphotrope humain, type III)? Oui Non

Quand? _____

Pourquoi? _____

Assureur : _____

Si oui, précisez la date prévue de l'accouchement : _____

Précisions pour les questions dont la réponse est « oui »

Indiquez le numéro de la question et les éléments applicables. Précisez la date, le diagnostic, la durée, la nature et le nombre de traitements (inscrivez le nom du médicament, la dose et la posologie, s'il y a lieu), les résultats, ainsi que le nom et l'adresse du médecin traitant.

6. Conjoint : Qui est votre médecin de famille habituel? (Si vous n'en avez pas, indiquez le nom de la clinique sans rendez-vous que vous fréquentez.)

Adresse _____
N° et rue Ville Province Code postal

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

Enfant : Qui est votre médecin de famille habituel? (Si vous n'en avez pas, indiquez le nom de la clinique sans rendez-vous que vous fréquentez.)

Adresse _____
N° et rue Ville Province Code postal

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

Enfant : Qui est votre médecin de famille habituel? (Si vous n'en avez pas, indiquez le nom de la clinique sans rendez-vous que vous fréquentez.)

Adresse _____
N° et rue Ville Province Code postal

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

Enfant : Qui est votre médecin de famille habituel? (Si vous n'en avez pas, indiquez le nom de la clinique sans rendez-vous que vous fréquentez.)

Adresse _____
N° et rue Ville Province Code postal

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

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 révisée de protection des renseignements personnels à www.cooperators.ca/vie-privee. Pour toute question sur le sujet ou sur la collecte, l'utilisation, la conservation et la communication de vos renseignements personnels, communiquez avec le Bureau de la protection de la vie privée de Co-operators par téléphone au 1-888-887-7773 ou par courriel à privacy@cooperators.ca.

DÉCLARATION ET AUTORISATION

AUTORISATION DU PROPOSANT

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 : évaluation du risque, détermination de mon droit à l'assurance et traitement de 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

Je déclare que tout enfant à charge qui n'est pas mon enfant naturel ou adopté habite avec moi depuis au moins 12 mois consécutifs. Je confirme être dûment autorisé à agir au nom de mon conjoint et de mes personnes à charge. 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 ma demande d'adhésion à l'assurance. En outre, je déclare que les renseignements inscrits dans ma demande d'adhésion à l'assurance sont vrais, complets et exacts. Il est entendu que tout défaut de divulguer des renseignements vrais, complets et exacts ou toute réticence influant sur l'évaluation du risque peut entraîner l'annulation de mon assurance par Co-operators.

Signature du participant _____	Date _____ JJ/MMM/AAAA
Signature du conjoint _____	Date _____ JJ/MMM/AAAA
Signature de l'enfant _____ (s'il a 16 ans ou plus)	Date _____ JJ/MMM/AAAA
Signature de l'enfant _____ (s'il a 16 ans ou plus)	Date _____ JJ/MMM/AAAA
Signature de l'enfant _____ (s'il a 16 ans ou plus)	Date _____ JJ/MMM/AAAA

**Tous les frais engagés en vue d'obtenir les renseignements contenus dans ce formulaire ou tout autre renseignement sont à la charge du participant.
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.**