

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

Télec. : 1-866-889-9924

DIRECTIVES

Pour éviter tout retard, fournir les renseignements demandés.

Vous recevrez une confirmation écrite de votre demande de modification.

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

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT**À remplir par le participant**

*Conjoint (À remplir seulement si le changement concerne le conjoint)

**Les produits du tabac incluent toute forme de tabac, de produits contenant de la nicotine ou de substituts nicotiniques.

Groupe _____ Compte _____ Certificat _____

Participant _____

Prénom

Initiale

Nom de famille

Conjoint* _____

Prénom

Initiale

Nom de famille

Adresse _____

N° 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 service_client_collective@cooperators.ca.

Date de naissance _____ Homme Femme

JJ/MMM/AAAA

Non

Je déclare que je n'ai pas consommé de produit du tabac** au cours des 12 mois précédant immédiatement la date indiquée ci-dessous, à côté de ma signature.

Oui

Je déclare que j'ai consommé des produits du tabac** au cours des 12 mois précédant immédiatement la date indiquée ci-dessous, à côté de ma signature.

2. PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE**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 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.

3. SIGNATURE DU PARTICIPANT

À remplir par le participant et son conjoint (s'il y a lieu)

Il est entendu que Co-operators Compagnie d'assurance-vie s'appuie sur les déclarations faites dans le présent formulaire pour m'accorder le taux « fumeur » ou « non-fumeur » et déterminer les primes de mon assurance vie.

Je suis conscient qu'en cas de fausse déclaration relative à mon usage du tabac, Co-operators Compagnie d'assurance-vie peut avoir le droit d'annuler ma ou mes polices d'assurance vie.

Signature du participant _____ Date _____

JJ/MMM/AAAA

Signature du conjoint (s'il y a lieu) _____ Date _____

JJ/MMM/AAAA