

ASSURANCE VIE

L'assurance vie offre un soutien financier aux participants et participantes et à leurs familles en cas de décès.

LES DOCUMENTS SUIVANTS SONT REQUIS :

Avis de décès – Déclaration du promoteur de régime

Votre employeur doit faire parvenir ce formulaire directement à notre bureau.

Avis de décès – Déclaration du demandeur ou de la demandeuse

Lorsque des prestations sont payables à une personne bénéficiaire désignée

La personne bénéficiaire doit remplir la déclaration du demandeur ou de la demandeuse, sauf dans les cas suivants :

- Si l'une des personnes bénéficiaires décède avant la personne assurée, il faut présenter une preuve de décès (acte de décès).
- Si la personne décédée a nommé un ou une fiduciaire pour agir au nom de la personne bénéficiaire, le ou la fiduciaire doit remplir la déclaration du demandeur ou de la demandeuse.
- Si la personne bénéficiaire est mineure et que la personne décédée n'a pas nommé de fiduciaire, veuillez communiquer avec Co-operators afin de déterminer qui doit remplir la déclaration du demandeur ou de la demandeuse. Les lois relatives au versement des prestations d'assurance vie à une personne mineure varient d'une province à l'autre.
- Si la personne bénéficiaire est inapte à gérer ses affaires financières, sa représentante ou son représentant légal doit remplir la déclaration du demandeur ou de la demandeuse en vertu d'une procuration ou d'un comité nommé par le tribunal. Veuillez joindre une copie notariée de la procuration à cette demande de prestations.

Au Québec :

- Le tuteur ou la tutrice de la personne bénéficiaire doit remplir la déclaration du demandeur ou de la demandeuse.

Remarque : Au Québec, la conjointe ou le conjoint survivant devient automatiquement le tuteur ou la tutrice de la personne mineure, sauf si une ordonnance du tribunal l'en empêche.

Lorsque des prestations sont payables à la succession de la personne assurée :

La représentante ou le représentant légal de la succession doit remplir la déclaration du demandeur ou de la demandeuse. Veuillez communiquer avec nous pour en savoir plus puisque certains des renseignements ci-dessous pourraient être nécessaires :

- Une copie notariée du testament et des lettres d'homologation
- Un certificat de nomination à titre de fiduciaire de la succession avec ou sans testament (Ontario)
- Les lettres d'administration

Au Québec :

- Un testament notarié ou une copie notariée du testament
- Un testament olographe ou devant témoins, ou une copie certifiée d'un jugement et le testament signé par le greffier ou la greffière du tribunal ou la personne qui l'assiste déclarant que le testament de la personne décédée est dûment homologué, ou une copie notariée du testament ainsi que le procès-verbal de l'homologation
- En l'absence de testament, une déclaration des héritières et héritiers légaux; dans ce cas, chaque héritier et héritière doit remplir une déclaration du demandeur ou de la demandeuse distincte pour obtenir sa part des prestations d'assurance vie

Preuve de décès

Pour les demandes de prestations de 150 000 \$ ou moins, nous acceptons le certificat de décès d'origine et/ou une déclaration de décès du directeur ou de la directrice de funérailles. Pour les demandes de prestations de plus de 150 000 \$, la déclaration médicale est requise. Selon les circonstances du décès, Co-operators peut demander des renseignements supplémentaires, notamment :

- Le rapport de coroner
- Les rapports d'enquête de la police
- Des renseignements médicaux complémentaires

AUTORISATION ET PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nous devons obtenir votre autorisation pour recueillir des renseignements qui nous permettront d'évaluer votre demande. En signant le formulaire d'autorisation, vous autorisez Co-operators Compagnie d'assurance-vie à recueillir des renseignements auprès des fournisseur-euse-s de soins de la personne assurée, du promoteur de régime, d'autres assureurs, et des hôpitaux où elle a reçu des soins.

Co-operators s'engage à protéger la vie privée de sa clientèle, ainsi que la confidentialité, l'exactitude et la sécurité des renseignements personnels recueillis, utilisés, conservés et divulgués dans le cadre de ses affaires.

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.

COORDONNÉES

Pour toute question ou pour de l'aide concernant votre demande de prestations d'assurance vie, veuillez contacter l'administrateur du régime ou nous téléphoner au 1-866-442-3098. Nous vous recommandons d'avoir en main vos numéros de groupe et de certificat.

ASSURANCE COLLECTIVE MALADIES GRAVES DÉCLARATION DU DEMANDEUR

COORDONNÉES

Adresse : Co-operators Compagnie d'assurance-vie
Service des réclamations, Vie (Collective)
1900 Albert Street
Regina, SK S4P 4K8

Tél. : 1-866-442-3098
Télec. : 1-866-889-9925
Courriel : group_life_claims@cooperators.ca

DIRECTIVES

Écrire lisiblement en lettres moulées et remplir toutes les sections pour éviter tout retard dans le traitement de la demande.

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

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT OU LA PARTICIPANTE

Participant-e _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____
Groupe _____ Compte _____ Certificat _____
Promoteur du régime/Employeur _____ Téléphone _____

2. RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Nom _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____
Date de naissance _____ JJ/MMM/AAAA Lieu de naissance _____ Province du domicile _____
Date du décès _____ JJ/MMM/AAAA Lieu du décès _____
Cause du décès (préciser) _____
Durée de la maladie, le cas échéant _____
Noms et adresses des médecins traitant-e-s _____
S'agit-il d'un décès accidentel? Oui Non Lieu et nature de l'accident _____
Date de l'accident _____ JJ/MMM/AAAA Heure _____ (p. ex. 20 h 30)
Nom et adresse du service de police chargé de l'enquête (le cas échéant) _____

3. RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR OU LA DEMANDEUSE

Demandeur-euse _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____
Adresse _____
N° et rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____
Téléphone _____ Date de naissance _____ JJ/MMM/AAAA

Si vous désirez que Co-operators communique avec vous par courriel concernant cette demande de règlement, veuillez indiquer votre 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 group_life_claims@cooperators.ca.

À quel titre demandez-vous les sommes assurées?

- Bénéficiaire Exécuteur-trice testamentaire/Liquidateur-trice de succession Fiduciaire
 Mandataire par procuration Signataire autorisé-e Autre _____

4. OPTIONS DE RÈGLEMENT

Je demande que toute somme payable aux termes de cette garantie soit versée comme suit :

- Dépôt direct* – **Joindre un spécimen de chèque personnel portant la mention « NUL »**
 Chèque

* Le dépôt direct nous permet de verser votre prestation directement à votre institution financière.

5. AUTORISATION

J'autorise tout-e médecin, hôpital, clinique et autre fournisseur-euse ou établissement de soins de santé, l'administrateur et/ou l'arbitre du régime d'assurance collective ou son mandataire, tout assureur, réassureur, régime provincial d'assurance maladie, ministère et agence gouvernementale, et autres personnes ou organismes ayant des renseignements médicaux ou des renseignements personnels pertinents concernant la personne décédée à échanger avec Co-operators, l'administrateur du régime ou ses représentant-e-s ou mandataires, tous les renseignements nécessaires pour étudier et administrer cette demande de règlement et juger de son bien-fondé. Je reconnais que le fait de refuser ou de retirer mon consentement risque d'entraîner des retards dans le traitement de cette demande ou le refus de sa prise en charge. Je déclare que les renseignements fournis dans la présente déclaration ou dans toute déclaration pouvant être faite de vive voix ou par téléphone en rapport avec cette demande de règlement sont et seront vrais, complets et exacts. Cette autorisation demeure valide pour toute la durée de la demande, sauf en cas d'annulation par écrit de ma part. Une copie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

Nom de la personne décédée _____ Lien avec la personne décédée _____

Signature du ou de la demandeur-euse _____ Date _____

JJ/MMM/AAAA

6. 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.