

ASSURANCE COLLECTIVE DEMANDE DE SUPPRESSION DE LA PÉRIODE PROBATOIRE

Pour éviter tout retard, inscrire les renseignements demandés au stylo et en lettres moulées.

ADRESSE POSTALE

Mail: Co-operators Compagnie d'assurance-vie
Administration de l'assurance collective
1920 College Avenue
Regina SK S4P 1C4

Tél. : 1-800-667-8164

Télec. : (306) 761-7176

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Groupe _____ Compte _____ Nom du groupe _____

Participant _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____

Fonction _____ Date d'embauche _____
JJ/MMM/AAAA

Raison de la demande de suppression _____

1. Avant d'être embauché par votre employeur actuel, bénéficiez-vous d'une assurance auprès d'un autre assureur? Oui Non

2. Nom de l'assureur précédent _____

3. Indiquez la période pendant laquelle vous avez été assuré par cette compagnie : _____ au _____
JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAA

4. Par quelles garanties étiez-vous couvert?
(p. ex. assurance vie, garantie décès et mutilation accidentels, garantie maladie complémentaire, soins dentaires, assurance invalidité de longue durée, etc.)

Veillez les inscrire : _____

2. DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ ET SIGNATURE

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ DE CO-OPERATORS COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE

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

Co-operators Compagnie d'assurance-vie recueillera, utilisera et divulguera des renseignements personnels sur vous, votre conjoint ou vos personnes à charge pour l'administration du régime d'assurance collective, la tarification et l'indemnisation. Seul notre personnel autorisé a accès à vos renseignements personnels, et nos systèmes et procédures sont conçus pour prévenir la perte, l'utilisation inappropriée ou non autorisée, la divulgation, la modification ou la destruction de vos renseignements personnels. Notre engagement à l'égard de la sécurité porte également sur les contrats et les ententes que nous signons avec nos fournisseurs et prestataires de services externes. Vos renseignements personnels pourraient être recueillis par un prestataire de services à l'extérieur du Canada ou être transmis à ce dernier, à des fins de traitement, de stockage, d'analyse ou de reprise des activités après sinistre. Vous trouverez plus d'information sur la politique en matière de protection de la vie privée de Co-operators Compagnie d'assurance-vie au www.cooperators.ca. Pour toute question touchant notre politique sur la vie privée ou sur la collecte, l'utilisation et la divulgation de vos renseignements personnels, communiquez avec le responsable de la Protection de la vie privée de Co-operators : Priory Square – Guelph (Ontario) N1H 6P8. Téléphone : 1-888-887-7773. Courriel : privacy@cooperators.ca (veuillez préciser que votre demande concerne Co-operators Compagnie d'assurance-vie).

Par la présente, je demande la suppression de la période probatoire prévue par la police d'assurance collective. Je déclare que les renseignements inscrits dans la présente demande sont vrais, complets et exacts. Il est entendu que la présentation de renseignements incomplets ou erronés peut entraîner la nullité de l'assurance ou le retard ou le refus de toute demande de règlement. Je comprends que ces renseignements sont nécessaires pour déterminer l'admissibilité à l'assurance, étudier toute demande de règlement et administrer le régime d'assurance collective. Une copie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

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

Signature _____ Date _____
(Signature de l'employeur) JJ/MMM/AAAA

Conservez une copie pour vos dossiers.