

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

L'assurance Acceptionnelle Vie^{MC} est offerte et souscrite par Co-operators Compagnie d'assurance-vie et est distribuée par Hunter McCorquodale et ses conseillers des ventes sous contrat.

PERSONNE À ASSURER

Nom _____
Prénom Initial Nom de famille

Date de naissance _____ Homme Femme Taille _____ pi/po cm Poids _____ lb kg Fumeur Oui Non
JJ/MMM/AAAA

QUESTIONNAIRE

- Fournissez des détails supplémentaires au sujet de vos antécédents de _____
- Décrivez les symptômes liés à cette affection (précisez à droite ou à gauche, s'il y a lieu) : _____
- a) À quand remontent vos premiers symptômes? _____ À quand remontent vos derniers symptômes? _____
MMM/AAAA MMM/AAAA
 b) Durée des symptômes : _____
 c) Combien avez-vous eu d'épisodes? _____

- Des tests ou des examens ont-ils été effectués? Oui Non

Si oui, précisez le type, les dates et les résultats :

Type	Date (MMM/AAAA)	Résultats

- Est-ce que des tests ou des examens sont prévus ou ont été recommandés? Oui Non

Si oui, précisez la nature des examens et la date des rendez-vous : _____

- Votre médecin a-t-il posé un diagnostic? Oui Non

Si oui, fournissez les détails y compris le diagnostic et la date du diagnostic : _____

- a) Suivez-vous actuellement un traitement ou prenez-vous des médicaments? Oui Non

Si oui, fournissez les détails de tous les traitements et les noms des médicaments : _____

- b) Vous a-t-on déjà recommandé d'autres traitements ou chirurgies pour cette affection? Oui Non

Si oui, fournissez les détails y compris les dates et les résultats : _____

- Vous êtes-vous déjà présenté à l'urgence ou avez-vous déjà été hospitalisé en raison de cette affection? Oui Non

Si oui, fournissez les dates, les raisons et le nom et l'adresse de l'hôpital : _____

- Avez-vous été adressé à un spécialiste pour cette affection? Oui Non

Si oui, précisez :

Nom _____
Prénom Initial Nom de famille

Adresse _____
N° et rue Ville Province Code postal

Fréquence des visites de suivi _____ Date de la dernière consultation _____
MMM/AAAA

- Avez-vous dû vous absenter du travail en raison de cette affection? Oui Non

Si oui, fournissez les détails y compris les dates et la durée de l'arrêt de travail : _____

- Vos activités professionnelles ou quotidiennes ont-elles fait l'objet de restrictions ou de modifications en raison de cette affection? Oui Non

Si oui, décrivez ces restrictions ou modifications _____

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ ET AUTORISATION

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 reconnaît et respecte le droit à la vie privée. Lorsque vous adhérez à une assurance ou que vous présentez une demande de règlement, nous établissons un dossier confidentiel, puis nous recueillons, utilisons et divulguons des renseignements personnels à votre sujet pour établir, administrer, traiter et gérer votre assurance. Vous pouvez accéder à vos renseignements personnels et les corriger, au besoin, en nous transmettant une demande par écrit.

Seuls les membres de notre personnel et d'autres personnes autorisées ont accès à vos renseignements personnels afin d'exécuter leurs fonctions. 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. Notre engagement à l'égard de la sécurité s'applique également aux contrats et aux ententes que nous signons avec nos fournisseurs et prestataires de services externes. Nous pouvons conserver et utiliser vos renseignements personnels au Canada, aux États-Unis et dans d'autres pays à des fins de traitement, de stockage, d'analyse ou de reprise des activités après sinistre. De plus, ceux-ci peuvent être divulgués, dans le cadre d'une ordonnance légale et en vertu des lois applicables, à un gouvernement, à un tribunal, ainsi qu'à un organisme de réglementation et d'application de la loi. Pour plus de détails quant à notre politique sur la vie privée, visitez le www.cooperators.ca. Pour toute question sur le sujet ou sur la collecte, l'utilisation et la divulgation de vos renseignements personnels, communiquez avec le chef de la Protection de la vie privée de Co-operators aux coordonnées suivantes : Priory Square, Guelph (Ontario) N1H 6P8. Téléphone : 1-888-887-7773. Courriel : privacy@cooperators.ca (veuillez préciser quelle compagnie de Co-operators est concernée par votre demande).

Si vous refusez l'utilisation ou la divulgation de vos renseignements personnels dans le cadre de votre demande d'adhésion et de la gestion de toute police que nous établissons, nous ne serons pas en mesure de vous offrir le produit d'assurance qui vous intéresse, de gérer votre assurance ou de traiter votre demande de règlement.

Je déclare et certifie que les renseignements fournis sont complets et véridiques, et qu'ils font partie intégrante de ma demande. Il est entendu que les renseignements personnels contenus dans le présent formulaire seront utilisés par Co-operators Compagnie d'assurance-vie à des fins de tarification et pour toute autre utilisation conforme aux lois fédérales et provinciales applicables. Je reconnais également que Co-operators Compagnie d'assurance-vie fonde sa décision sur les renseignements fournis, et qu'elle est en droit d'annuler ma ou mes polices en cas d'une fausse déclaration de ma part.

Signature du proposant _____ Date _____

JJ/MMM/AAAA