

QUESTIONNAIRE SUR LES TROUBLES GASTROINTESTINAUX

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

- Avez-vous déjà eu des symptômes, obtenu des conseils ou été traité pour les troubles suivants :
 Troubles d'estomac Ulcère gastrique Ulcère gastroduodénal Problèmes d'œsophage
 Colite ulcéreuse Maladie de Crohn Problèmes d'intestin Autre
 Si autre, veuillez préciser (inclure le diagnostic et la date du diagnostic, si connue) _____
- Date d'apparition des symptômes _____
MMM/AAAA
 - Date des derniers symptômes _____
MMM/AAAA
 - Gravité des symptômes _____
 - Type des symptômes _____
 - À quelle fréquence ressentez-vous des symptômes? _____
 - Combien de temps durent-ils? _____

- Avez-vous perdu du poids dans les deux dernières années? Oui Non
 Si oui, veuillez indiquer la quantité et la cause de la perte de poids : _____

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

Si oui, veuillez préciser le type, la date et les résultats :

Type	Date MMM/AAAA	Résultats
Gastroscopie		
Endoscopie		
Coloscopie		
Sigmoïdoscopie		
Examens par rayons X		
Autre (préciser) : _____		

- Vous a-t-on recommandé de passer des tests ou des examens? Oui Non
 Si oui, veuillez préciser la nature des tests ou des examens et la date des rendez-vous _____

- Avez-vous déjà subi des chirurgies pour cette affection? Oui Non
 Si oui, veuillez préciser les dates, le nom de l'hôpital et la nature des chirurgies _____

- Vous a-t-on dit que vous pourriez avoir besoin de chirurgies à l'avenir? Oui Non
 Si oui, veuillez préciser le type de chirurgie et la date si elle est déjà prévue _____

- Avez-vous déjà été hospitalisé pour cette affection ou pour toute autre raison? Oui Non
 Si oui, fournissez les dates et le nom et l'adresse de l'hôpital _____

- À l'heure actuelle, prenez-vous des médicaments? Oui Non
 Si oui, veuillez fournir le nom et la posologie des médicaments _____

QUESTIONNAIRE (SUITE)

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

Si oui, précisez en indiquant les dates et la durée de chaque période d'absence du travail _____

8. 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, modifications ou limitations _____

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/MM/AAAA