

QUESTIONNAIRE SUR LES TROUBLES MENTAUX ET NERVEUX

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

MÉDECIN

Nom _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____

Personne à assurer _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____

Date de naissance _____
JJ/MMM/AAAA

QUESTIONNAIRE

1. Depuis combien de temps et à quelle fréquence traitez-vous ce patient pour un trouble mental ou nerveux? _____

2. Quel est le diagnostic précis? _____

3. Traitement ou médicaments actuels : _____

4. Fréquence des symptômes et dernière apparition : _____

5. Quels étaient les symptômes et la cause, si elle est connue? _____

6. Le patient a-t-il eu des idées suicidaires ou fait des tentatives de suicide? Oui Non
Si oui, donnez tous les détails et les dates _____

7. Le patient a-t-il déjà passé des examens, été hospitalisé ou dirigé vers un spécialiste en raison de son état, ou lui a-t-on fait des recommandations en ce sens? Oui Non
Si oui, donnez la raison, les tests, les dates, les médecins et les hôpitaux _____

8. Est-ce que certains de ces problèmes sont liés à l'alcool ou à la drogue? Oui Non
Si oui, précisez _____

9. Le patient a-t-il dû s'absenter de son travail en raison de son affection? Oui Non
Si oui, indiquez les dates, la durée de l'absence, etc. _____

10. Observations : _____

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