



## QUESTIONNAIRE (SUITE)

6. Avez-vous fait usage des produits du tabac, de la marijuana, de produits contenant de la nicotine ou de substituts nicotiniques?  Oui  Non

Si oui, précisez :

Type utilisé	Quantité prise	Fréquence	Date de la dernière utilisation (MMM/AAAA)
		Par : <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Année	
		Par : <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Année	
		Par : <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Année	
		Par : <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Année	

7. 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 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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, précisez \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. Nom et adresse de votre médecin habituel et des spécialistes que vous avez consultés dans les cinq dernières années :

Nom	Adresse	Date de la dernière visite (MMM/AAAA)

10. Fournissez tout autre renseignement pertinent : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 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](http://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](mailto: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