

QUESTIONNAIRE SUR LES TROUBLES CONVULSIFS (TROUBLES ÉPILEPTIQUES)

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

- Vous a-t-on déjà dit que vous souffriez de l'une des affections suivantes?
 Convulsion Crise Perte de conscience Syncope ou évanouissement Épilepsie
 Si oui, décrivez les symptômes : _____
- Date du premier épisode _____
MMM/AAAA
 - Date du dernier épisode _____
MMM/AAAA
 - Fréquence des épisodes _____
- Avez-vous complètement perdu connaissance à chaque fois? Oui Non
 Si oui, durant combien de temps? _____
- Quel type de trouble convulsif votre médecin a-t-il diagnostiqué (grand mal, petit mal, épilepsie du lobe temporal, autre)? _____
- Avez-vous consulté un spécialiste pour cette affection? Oui Non
 Si oui, fournissez le nom et l'adresse du spécialiste consulté, la fréquence des visites de suivi et la date de la dernière consultation :
 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
- Prenez-vous ou avez-vous déjà pris des médicaments pour cette affection ou recevez-vous des soins à cet effet? Oui Non
 Si oui, donnez des détails sur les soins y compris le nom des médicaments et la date de prescription _____

- Est-ce que les médicaments ou les soins pour cette affection ont été modifiés dans les 12 derniers mois? Oui Non
 Si oui, précisez _____

- Avez-vous passé des tests de diagnostic? Oui Non
 Si oui, précisez le type, la date et les résultats :

Type	Date (MMM/AAAA)	Résultats
<input type="checkbox"/> Radiographie du crâne		
<input type="checkbox"/> Tomodensitométrie		
<input type="checkbox"/> Imagerie par résonance magnétique		
<input type="checkbox"/> Électroencéphalogramme		
<input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____		

- Vous a-t-on recommandé de passer des examens? Oui Non
 Si oui, précisez la nature des examens et les dates prévues _____

QUESTIONNAIRE (SUITE)

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

Si oui, veuillez indiquer les dates, les raisons et le nom et l'adresse de l'hôpital _____

10. 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 _____

11. Vos activités professionnelles ou personnelles 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 _____

12. Vous a-t-on déjà interdit de conduire en raison de cette affection? Oui Non

Si oui, donnez les dates et les détails : _____

13. Avez-vous déjà subi un traumatisme crânien ou un traumatisme cérébral? Oui Non

Si oui, donnez les dates et les détails : _____

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