

1920, avenue College
 Regina (Saskatchewan)
 S4P 1C4

 Numéro de groupe _____
 Numéro de compte _____
 NIP _____

L'EMPLOYÉ DOIT REMPLIR CE FORMULAIRE
**Le formulaire doit être rempli à l'encre, EN LETTRES MOULÉES.
 Les télécopies ne sont pas acceptées.**

Nom de l'employé				Téléphone	
Adresse de l'employé			Ville	Prov.	Code postal
				Travail ()	
				Domicile ()	
Nom du titulaire de police ou employeur			Profession		Êtes-vous effectivement au travail?
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, précisez.
Date de naissance		Taille		Poids	
jour	mois	année			Sexe
1. Un membre de votre famille a-t-il reçu un des diagnostics suivants : diabète, maladie du coeur, hypertension artérielle, hyperlipidémie, cancer, maladie mentale, VIH ou accident cérébrovasculaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez :					
2. Quelqu'un parmi vos parents, frères ou soeurs a-t-il déjà eu un trouble héréditaire (c.-à-d. chorée de Huntington, maladie polykystique des reins, etc.)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez :					
			Oui Non	Précisions en cas de réponse affirmative :	
3. Avez-vous déjà consulté un médecin ou un praticien de médecine douce (comme un herboriste, acupuncteur, chiropraticien ou praticien de l'homéopathie ou de la naturopathie, etc.) pour l'une des affections suivantes ou avez-vous déjà été atteint de l'une des affections suivantes (encerclez l'affection pertinente) :				Indiquez le numéro de la question, encerclez les énoncés qui s'appliquent, indiquez la date, le diagnostic, la durée, la nature et le nombre de traitements (indiquez les médicaments, leur concentration et leur posologie, le cas échéant), l'issue ou le résultat, ainsi que le nom et l'adresse du médecin consulté.	
a) trouble des yeux, oreilles, nez ou gorge?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) maux de tête graves, étourdissements, évanouissements, perte de conscience, épilepsie, crises d'épilepsie, troubles de la parole, paralysie, accident cérébrovasculaire, trouble cérébral ou du système nerveux?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) troubles nerveux, y compris dépression, anxiété grave ou idées suicidaires?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) hypertension, palpitations ou douleurs dans la région du coeur ou à la poitrine, troubles respiratoires, troubles cardiaques, angine ou maladie coronarienne, fièvre rhumatismale, souffle cardiaque, crise cardiaque ou autre problème cardiaque ou vasculaire?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) toux persistante ou enrouement, crachement de sang, asthme, emphysème, pleurésie, bronchite, tuberculose, maladie de l'appareil respiratoire ou autre trouble pulmonaire?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) ulcère d'estomac ou du duodénum, indigestions fréquentes, jaunisse, calculs biliaires, colite, saignements ou diarrhée chronique, troubles gastriques, troubles de la vésicule biliaire, du foie, des intestins, du pancréas, du rectum ou de l'appareil digestif?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g) hépatite A, B, C ou de type inconnu?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h) présence d'albumine, de sucre, de pus ou de sang dans l'urine, diabète, pierre aux reins ou colique, ou autres troubles rénaux ou de la vessie?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i) arthrite, goutte, rhumatisme, sciatique, difformité ou troubles des articulations ou des membres, troubles des muscles ou de la colonne vertébrale, y compris discarthrose, douleur cervicale ou dorsale, traumatisme à la colonne, utilisation d'appareil orthopédique ou d'un collier cervical, fibromyalgie ou syndrome de fatigue chronique?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j) leucémie, anémie, hémophilie ou tout autre problème ou anomalie du sang?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
k) cancer, tumeur, hypertrophie ganglionnaire (ganglions) ou lésion cutanée, kyste ou excroissance anormale, problème de la thyroïde, de l'hypophyse, ou des surrénales ou de toute autre glande ou infections inexplicables?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
l) maladie de la thyroïde ou autre trouble endocrinien?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
m) maladie vénérienne ou autre maladie transmise sexuellement ou trouble de la prostate ou des organes reproducteurs?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
n) toute autre affection, maladie, trouble, blessure ou opération non mentionné ci-dessus?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
*Dans le présent contexte, le masculin englobe le féminin					

	Oui	Non	Précisions en cas de réponse affirmative :
4. Au cours des dix dernières années, avez-vous :			Indiquez le numéro de la question, encerclez les énoncés qui s'appliquent, indiquez la date, le diagnostic, la durée, la nature et le nombre de traitements (indiquez les médicaments, leur concentration et leur posologie, le cas échéant), l'issue ou le résultat, ainsi que le nom et l'adresse du médecin consulté.
a) contracté ou été informé que vous aviez le syndrome d'immuno-déficience acquise (sida) ou un syndrome para-sida (arc) ou toute autre affection liée au sida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) reçu des conseils ou des traitements en relation avec l'une des catégories mentionnées ci-dessus (4.a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) été déclaré séropositif pour les anticorps du virus HTLV III (virus humain T-lymphotrope de type III) du sida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Une proposition d'assurance sur votre vie ou votre santé a-t-elle déjà été refusée, supprimée ou modifiée d'une façon quelconque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand? Pourquoi? Par quelle compagnie?
6. Possédez-vous présentement une police d'assurance vie individuelle avec Les Coopérateurs émise au cours des cinq dernières années?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Avez-vous fait une demande pour recevoir ou avez-vous reçu une rente ou une indemnité d'accident du travail ou des prestations d'invalidité à la suite d'une maladie ou d'une blessure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand? Pourquoi?
8. Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous absenté du travail pour maladie ou blessure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand? Combien de temps? Pourquoi?
9. Subirez-vous une opération chirurgicale ou aurez-vous besoin de soins médicaux (y compris des soins liés à une grossesse) dans un avenir prévisible? <i>Si oui, précisez et indiquez les dates.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Recevez-vous un traitement ou prenez-vous des médicaments prescrits par un médecin ou un praticien de médecine douce (selon la définition susmentionnée)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indiquez-en la nature et la fréquence.
11. Questions réservées aux proposantes			
a) Avez-vous déjà souffert d'une maladie liée aux seins, aux ovaires, au col de l'utérus ou à l'utérus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Avez-vous eu une grossesse ou un accouchement anormal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Êtes-vous enceinte? Si oui, indiquez la date prévue de l'accouchement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Consommez-vous ou avez-vous déjà consommé de l'alcool? Si oui, répondez aux questions suivantes :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a) Fréquence de la consommation (quotidienne, hebdomadaire, mensuelle) _____			
b) Quantité consommée lors de chaque occasion _____			
c) Date de la dernière consommation (j/m/a) _____			
13. Avez-vous déjà reçu un traitement afférent à la consommation d'alcool ou de drogue (y compris l'adhésion aux A.A.) ou vous a-t-on conseillé de le faire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Consommez-vous ou avez-vous déjà consommé des médicaments vendus sans ordonnance, des hallucinogènes, des stimulants, des stupéfiants, des sédatifs ou des tranquillisants (y compris la marijuana ou la cocaïne)? Si oui, répondez aux questions suivantes :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a) Type de drogue _____			
b) Fréquence de la consommation (quotidienne, hebdomadaire, mensuelle) _____			
c) Date de la dernière consommation (j/m/a) _____			
15. Avez-vous déjà consommé sous une forme quelconque du tabac, de la marijuana, des produits à base de nicotine ou des substituts de ces produits (y compris les timbres ou la gomme à la nicotine)? Si oui, durant combien de temps et à quelle fréquence? Depuis combien de temps fumez-vous? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Qui est votre médecin habituel ou votre médecin de famille? _____ Adresse : _____ Date de la dernière consultation (j/m/a) : _____ Raison/Issue : _____			

Déclaration de confidentialité de Co-operators Compagnie D'Assurance-Vie

Co-operators Compagnie D'Assurance-Vie (« Les Coopérateurs ») est dédiée à protéger la vie privée, la confidentialité, la conformité et la sécurité des renseignements personnels qu'elle collige, utilise, détient et divulgue dans le cours de ses affaires.

Déclaration et Autorisation du proposant

J'autorise par la présente tout médecin, hôpital, clinique ou tout autre établissement qui fournit des soins de santé, tout assureur, régime provincial d'assurance santé, régie ou agence gouvernementale ou toute autre personne ou organisme détenant tout renseignement médical ou tout autre renseignement ou dossier personnel pertinent à communiquer ou à échanger avec Les Coopérateurs, l'administrateur du régime collectif ou ses agents et représentants, tous tels renseignements requis pour les objets suivants : traiter ma proposition d'assurance, évaluer mon admissibilité aux garanties demandées et adjudiquer toute réclamation.

J'autorise de plus Les Coopérateurs, l'administrateur du régime ou ses agents ou représentants, à exiger que je me soumette à tout examen médical ou paramédical pouvant être requis pour ces fins. Je comprends que le fait de refuser ou de révoquer la présente autorisation peut retarder ou entraîner le refus de ma proposition. Je reconnais que tout renseignement obtenu de mes examens médicaux ou paramédicaux, de tout formulaire de preuve médicale, de tout questionnaire ou de toute autre déclaration écrite complétés et produits comme preuve d'assurabilité fait partie intégrante de la proposition et je déclare que tous tels renseignements et tous les renseignements fournis dans cette proposition sont vrais, complets et exacts. Je reconnais que tout défaut de déclarer un fait pertinent ou toute fausse représentation d'un fait pertinent peut entraîner l'annulation de la police.

Cette autorisation demeurera en vigueur jusqu'à ce que je la révoque par écrit. Une copie de cette autorisation aura la même valeur que l'original.

X _____
Signature de l'employé

X _____
Date (j/m/a)

Ce formulaire doit parvenir à nos bureaux dans les 60 jours suivant la date indiquée ci-dessus. Dans le cas contraire, un nouveau formulaire devra être rempli.

Numéro de groupe _____
Numéro de compte _____
NIP _____

NOM DE L'EMPLOYÉ : _____

Personnes à assurer	Date de naissance			Taille	Poids
	jour	mois	année		
Conjoint :					
Enfant :					
Enfant :					
Enfant :					

	Oui	Non	
1. L'employé est-il effectivement au travail? Si non, précisez. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisions en cas de réponse affirmative : Indiquez le numéro de la question, encerclez les énoncés qui s'appliquent, indiquez le nom de la personne à charge, la date, le diagnostic, la durée, la nature et le nombre de traitements (indiquez les médicaments, leur concentration et leur posologie, le cas échéant), l'issue ou le résultat, ainsi que le nom et l'adresse du médecin consulté.
2. Les personnes à charge énumérées ci-dessus demeurent-elles toutes avec l'employé? Si non, précisez et donnez le nom de l'enfant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Un des enfants est-il né prématurément? Si oui, donnez le nom de l'enfant et le nombre de mois. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Dans le cas d'un enfant de moins d'un an, indiquez le nom et le poids à la naissance. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Une des personnes à charge a-t-elle déjà consulté un médecin ou un praticien de médecine douce (comme un herboriste, acupuncteur, chiropraticien ou praticien de l'homéopathie ou de la naturopathie, etc.) pour l'une des affections suivantes ou avez-vous déjà été atteint de l'une des affections suivantes (encerclez l'affection pertinente) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a) trouble des yeux, oreilles, nez ou gorge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) maux de tête graves, étourdissements, évanouissements, perte de conscience, épilepsie, crises d'épilepsie, troubles de la parole, paralysie, accident cérébrovasculaire, trouble cérébral ou du système nerveux?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) troubles nerveux, y compris dépression, anxiété grave ou idées suicidaires?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) hypertension, palpitations ou douleurs dans la région du cœur ou à la poitrine, troubles respiratoires, troubles cardiaques, angine ou maladie coronarienne, fièvre rhumatismale, souffle cardiaque, crise cardiaque ou autre problème cardiaque ou vasculaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) toux persistante ou enrouement, crachement de sang, asthme, emphysème, pleurésie, bronchite, tuberculose, maladie de l'appareil respiratoire ou autre trouble pulmonaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) ulcère d'estomac ou du duodénum, indigestions fréquentes, jaunisse, calculs biliaires, colite, saignements ou diarrhée chronique, troubles gastriques, troubles de la vésicule biliaire, du foie, des intestins, du pancréas, du rectum ou de l'appareil digestif?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g) hépatite A, B, C ou de type inconnu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h) présence d'albumine, de sucre, de pus ou de sang dans l'urine, diabète, pierre aux reins ou colique, ou autres troubles rénaux ou de la vessie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i) arthrite, goutte, rhumatisme, sciatique, difformité ou troubles des articulations ou des membres, troubles des muscles ou de la colonne vertébrale, y compris discartrhose, douleur cervicale ou dorsale, traumatisme à la colonne, utilisation d'appareil orthopédique ou d'un collier cervical, fibromyalgie ou syndrome de fatigue chronique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j) leucémie, anémie, hémophilie ou tout autre problème ou anomalie du sang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
k) cancer, tumeur, hypertrophie ganglionnaire (ganglions) ou lésion cutanée, kyste ou excroissance anormale, problème de la thyroïde, de l'hypophyse, ou des surrénales ou de toute autre glande ou infections inexplicables?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
l) maladie de la thyroïde ou autre trouble endocrinien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
m) maladie vénérienne ou autre maladie transmise sexuellement ou trouble de la prostate ou des organes reproducteurs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
n) Une proposition d'assurance a-t-elle déjà été refusée, reportée ou modifiée d'une façon quelconque? Quand? Pourquoi? Par quelle compagnie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o) Une des personnes à charge a-t-elle déjà été informée qu'une intervention chirurgicale était nécessaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
p) toute autre affection, maladie, trouble, blessure ou opération non mentionné ci-dessus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Personnes à charge de sexe féminin :			
a) Une des personnes à charge a-t-elle déjà souffert d'une maladie liée aux seins, aux ovaires ou à l'utérus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Une des personnes à charge a-t-elle présentée des anomalies lors d'une grossesse ou d'un accouchement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Une des personnes à charge est-elle enceinte? Si oui, indiquez la date prévue de l'accouchement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Oui	Non
7. Au cours des dix dernières années, une des personnes à charge a-t-elle :		
a) contracté ou été informée qu'elle avait le syndrome d'immunodéficience acquise (sida) ou un syndrome para-sida (arc) ou toute autre affection liée au sida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) reçu des conseils ou des traitements en relation avec une des catégories mentionnées ci-dessus (6.a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) été déclarée séropositive pour les anticorps du virus HTLV III (virus humain T-lymphotrope de type III) du sida ou pour le VIH? Si oui, précisez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONJOINT :		
8. Qui est votre médecin habituel ou votre médecin de famille? _____		
Adresse : _____		
Date de la dernière consultation (j/m/a) : _____ Raison/Issue : _____		
ENFANT :		
8. Qui est votre médecin habituel ou votre médecin de famille? _____		
Adresse : _____		
Date de la dernière consultation (j/m/a) : _____ Raison/Issue : _____		
ENFANT :		
8. Qui est votre médecin habituel ou votre médecin de famille? _____		
Adresse : _____		
Date de la dernière consultation (j/m/a) : _____ Raison/Issue : _____		
ENFANT :		
8. Qui est votre médecin habituel ou votre médecin de famille? _____		
Adresse : _____		
Date de la dernière consultation (j/m/a) : _____ Raison/Issue : _____		

Déclaration de confidentialité de Co-operators Compagnie D'Assurance-Vie

Co-operators Compagnie D'Assurance-Vie (« Les Coopérateurs ») est dédiée à protéger la vie privée, la confidentialité, la conformité et la sécurité des renseignements personnels qu'elle collige, utilise, détient et divulgue dans le cours de ses affaires.

Déclaration et Autorisation du proposant

Je certifie que tout enfant à charge qui n'est pas mon enfant propre ou adopté demeure avec moi depuis au moins 12 mois consécutifs.

J'autorise par la présente tout médecin, hôpital, clinique ou tout autre établissement qui fournit des soins de santé, tout assureur, régime provincial d'assurance santé, régie ou agence gouvernementale ou toute autre personne ou organisme détenant tout renseignement médical ou tout autre renseignement ou dossier personnel pertinent me concernant ou concernant mon conjoint ou mes personnes à charge à communiquer ou à échanger avec Les Coopérateurs, l'administrateur du régime collectif ou ses agents et représentants, tous tels renseignements requis pour les objets suivants : traiter ma proposition d'assurance et celles de mon conjoint et de mes personnes à charge, évaluer notre admissibilité aux garanties demandées et adjudiquer toute réclamation.

J'atteste également que j'ai l'autorisation d'agir au nom de mon conjoint et de mes personnes à charge.

J'autorise de plus Les Coopérateurs, l'administrateur du régime ou ses agents ou représentants, à exiger que mes personnes à charge et moi nous soumettions à tout examen médical ou paramédical pouvant être requis pour ces fins.

Je comprends que le fait de refuser ou de révoquer la présente autorisation peut retarder ou entraîner le refus de la présente proposition.

Je reconnais que tout renseignement obtenu de tout examen médical ou paramédical, de tout formulaire de preuve médicale, de tout questionnaire ou de toute autre déclaration écrite complétés et produits comme preuve d'assurabilité fait partie intégrante de la proposition et je déclare que tous tels renseignements et tous les renseignements fournis dans cette proposition sont vrais, complets et exacts.

Je reconnais que tout défaut de déclarer un fait pertinent ou toute fausse représentation d'un fait pertinent peut entraîner l'annulation de la police.

Cette autorisation demeurera en vigueur jusqu'à ce que je la révoque par écrit. Une copie de cette autorisation aura la même valeur que l'original.

DATE (J/M/A) _____ SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ _____

DATE (J/M/A) _____ SIGNATURE DE CONJOINT _____

DATE (J/M/A) _____ SIGNATURE DE L'ENFANT _____
(s'il est âgé de 16 ans ou plus)

DATE (J/M/A) _____ SIGNATURE DE L'ENFANT _____
(s'il est âgé de 16 ans ou plus)

DATE (J/M/A) _____ SIGNATURE DE L'ENFANT _____
(s'il est âgé de 16 ans ou plus)

**L'employé est responsable des frais encourus pour l'obtention de ces renseignements ou de renseignements supplémentaires.
Ce formulaire doit parvenir à nos bureaux dans les 60 jours suivant la date indiquée ci-dessus.
Dans le cas contraire, un nouveau formulaire doit être rempli.**