

**3 choses à faire :**

1. Remplir les sections A et B, lire les sections C et D et signer la section E.
2. Faire remplir et signer la Déclaration du médecin traitant.
3. Joindre les preuves de paiement pour tous les frais complémentaires engagés prévus au contrat.

**A. Identification du preneur**

Numéro de contrat

Nom	Prénom	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	
Adresse – N°, rue, app.		Ville	Province/Terr. Code postal

Numéros de téléphone à 10 chiffres (résidence)

Détenez-vous (personnellement ou avec votre conjoint) une autre assurance qui couvre les frais hospitaliers, médicaux et paramédicaux ? Si oui, veuillez indiquer le nom de l'assureur et le numéro de police (si disponible) :

Personnellement	Votre conjoint
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom de l'assureur : _____	Nom de l'assureur : _____
N° de la police : _____	N° de la police : _____
Nom du conjoint (s'il y a lieu)	

**B. Déclaration du preneur**

Nom de la personne blessée	Prénom	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
----------------------------	--------	--------------------------------	---

Nature des blessures

Nom de l'école fréquentée, s'il y a lieu (joindre une preuve de fréquentation)

Nom et adresse des médecins consultés

Lieu et adresse de la première consultation

Date d'hospitalisation (AAAA-MM-JJ)	Nom de l'hôpital		
Date de l'accident (AAAA-MM-JJ)	Heure de l'accident	Lieu de l'accident	Genre d'accident (véhicule moteur, hockey, etc.)

S'il s'agit d'un accident de véhicule moteur, étiez-vous conducteur ?  Oui  Non

Comment l'accident est-il survenu ?

Nom de la personne blessée	Prénom	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)
----------------------------	--------	--------------------------------

## C. Consentement lié à la gestion de vos renseignements personnels par le Mouvement Desjardins

Ce consentement concerne le preneur et la personne blessée.

### 1. Gestion de vos renseignements personnels

Pour vous servir au quotidien et pour respecter nos obligations légales, nous devons recueillir, utiliser et partager des renseignements personnels à votre sujet. Pour plus de détails, consultez la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins au [www.desjardins.com/politique-confidentialite](http://www.desjardins.com/politique-confidentialite).

Des consentements spécifiques pour assurer la réalisation et la continuité du service chez Desjardins Assurances peuvent vous être demandés. Ces démarches seront entreprises dans le respect de la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins.

Desjardins Assurances traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. Vos renseignements ne sont consultés que par les employés qui doivent y accéder pour exécuter leurs tâches.

### 2. Vos droits

Vous avez le droit :

- de consulter les renseignements personnels que le Mouvement Desjardins détient à votre sujet
- de faire corriger tout renseignement incomplet, ambigu ou non pertinent

Pour savoir comment faire, consultez la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins.

### 3. Collecte ou transfert de vos renseignements personnels à l'extérieur du Canada

Desjardins Assurances fait appel à des fournisseurs de services situés à l'extérieur du Canada pour accomplir certains mandats particuliers dans le cours normal de ses affaires. Il est possible que certains renseignements personnels vous concernant soient ainsi recueillis et/ou transférés dans un autre pays et qu'ils soient soumis aux lois de ce pays.

Vous pouvez trouver l'information sur nos politiques et pratiques en matière de collecte et de transfert de renseignements personnels à l'extérieur du Canada en consultant la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins. Vous pouvez aussi obtenir cette information ou poser toute question à ce sujet en communiquant avec nous au 1 800 463-7870.

### En signant ce formulaire :

- vous reconnaissez avoir pris connaissance de la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins, que vous pouvez consulter au [www.desjardins.com/politique-confidentialite](http://www.desjardins.com/politique-confidentialite),
- vous autorisez le Mouvement Desjardins à recueillir, à utiliser et à partager des renseignements personnels selon les conditions décrites dans cette politique et la réglementation applicable,
- vous comprenez et acceptez que le présent consentement a préséance sur tout autre consentement que vous avez signé par le passé,
- vous comprenez que le présent consentement sera valide aussi longtemps que vous aurez une relation d'affaires avec une composante du Mouvement Desjardins.



Veillez signer ce formulaire à la dernière page

## D. Consentement lié à vos renseignements personnels chez Desjardins Assurances

Ce consentement concerne seulement la personne blessée.

### 1. Pourquoi Desjardins Assurances a besoin de votre consentement

Votre consentement nous permet de recueillir, utiliser et partager les renseignements personnels nécessaires aux fins suivantes :

1. étudier une demande d'assurance de votre part
2. gérer votre dossier pendant la durée de l'assurance
3. traiter une réclamation

De plus, votre consentement nous permet de faire ce qui suit, au besoin :

- consulter un ancien dossier d'assurance que vous avez chez Desjardins Assurances, si c'est le cas
- demander un rapport d'enquête sur vous à une agence de renseignements personnels, si nécessaire
- communiquer au MIB, LLC un résumé de vos renseignements personnels, y compris des renseignements sur votre santé, après l'étude d'une demande d'assurance de votre part

Le MIB, LLC est un organisme qui gère une base de données permettant à des compagnies d'assurance au Canada et aux États-Unis de recueillir et partager de l'information sur leurs clients.

- communiquer à votre médecin tout renseignement médical obtenu à votre sujet pendant l'étude d'une demande d'assurance ou réclamation de votre part pour que l'information vous soit transmise
- communiquer à tout assureur ou réassureur tout renseignement pertinent (comme des résultats d'examen médicaux) pour leur permettre d'évaluer une demande d'assurance de votre part

En nous donnant votre consentement, vous autorisez également nos réassureurs à recueillir, utiliser et partager vos renseignements personnels de la même façon que nous. Nos réassureurs sont des compagnies qui nous assurent nous, Desjardins Assurances.

Nom de la personne blessée	Prénom	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)
----------------------------	--------	--------------------------------

**2. Auprès de qui vos renseignements personnels sont-ils recueillis ou partagés?**

Vous donnez votre consentement pour la collecte et le partage des renseignements nécessaires auprès de vous, mais aussi auprès d'autres personnes et organisations. Ces personnes et organisations comprennent, entre autres :

- le MIB, LLC
- des professionnels ou professionnelles de la santé ou des établissements de santé (exemples : médecins, hôpitaux, cliniques)
- des fournisseurs de services de santé
- des firmes paramédicales
- des organismes publics ou parapublics
- d'autres assureurs que Desjardins Assurances
- des réassureurs
- votre employeur ou un ex-employeur
- le preneur (le ou la propriétaire du contrat d'assurance), si vous n'êtes pas cette personne
- toute autre composante de Desjardins, si elle est concernée par l'assurance
- une agence de renseignements personnels ou une agence d'investigation

**3. Si cette demande concerne vos enfants**

Vous nous autorisez aussi à recueillir, utiliser et partager des renseignements personnels nécessaires sur eux, s'ils sont âgés de moins de 14 ans au Québec, ou de moins de 16 ans ailleurs qu'au Québec.

**En signant ce formulaire :**

- vous autorisez Desjardins Assurances et ses réassureurs à recueillir, à utiliser et à partager des renseignements personnels selon les conditions décrites dans cette section, la réglementation applicable et la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins. Vous pouvez consulter cette politique au [www.desjardins.com/politique-confidentialite](http://www.desjardins.com/politique-confidentialite)
- vous déclarez que les renseignements que vous avez fournis dans celui-ci sont complets et véridiques.

## E. Signatures



X

\_\_\_\_\_  
Signature du preneur

\_\_\_\_\_  
Date (AAAA-MM-JJ)



X

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne blessée

\_\_\_\_\_  
Date (AAAA-MM-JJ)

- › Si cette personne est un enfant mineur âgé de moins de 14 ans (au Québec) ou de moins de 16 ans (ailleurs qu'au Québec), un parent, tuteur ou représentant légal doit signer à sa place et remplir l'encadré en vert ci-dessous

Identification de la personne signataire pour un enfant mineur :

\_\_\_\_\_  
Prénom et nom (en lettres majuscules)

Lien avec l'enfant mineur :

- Parent (père ou mère)     Tuteur ou tutrice (Québec)  
 Représentant légal ou représentante légale (provinces autres que le Québec)



Les honoraires que le médecin pourrait exiger pour remplir ce formulaire sont à la charge du demandeur.

### A. Information concernant la personne blessée – Section que l'assuré doit remplir

Nom	Prénom	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)
-----	--------	--------------------------------

### B. Renseignements généraux

Date de l'accident (AAAA-MM-JJ)	Date du diagnostic de la blessure (AAAA-MM-JJ)
---------------------------------	--

Au moment de l'accident, est-ce que l'assuré était sous l'influence de :

médication?  Oui  Non

narcotique?  Oui  Non

alcool?  Oui  Non

Si oui, veuillez nous transmettre les résultats d'examen.

Diagnostic de la blessure

Fracture ou rupture	Préciser de quel os ou conduit il s'agit (joindre une lecture de la radiographie)		
Mutilation ou perte d'usage	Date (AAAA-MM-JJ)	Description de l'amputation ou de la perte d'usage	
	Niveau de l'amputation ou pourcentage de perte d'usage		
	La perte est-elle : totale? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non      permanente? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Invalidité	Date (AAAA-MM-JJ)	Description	
	Pour autant que je sache, ce patient a été totalement invalide du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)		
Perte de la vue	Date (AAAA-MM-JJ)		
	Quel est le champ visuel de chaque oeil?		La perte de la vue est-elle totale et permanente?
	Oeil droit	Oeil gauche	Oeil droit <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non      Oeil gauche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

L'accident subi est-il la cause :

de la blessure? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	de l'amputation ou perte d'usage? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	de l'invalidité? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	de la perte de la vue? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	--	---	---

Si non, expliquez :

---

Autres médecins traitants

Nom	Adresse	Date (AAAA-MM-JJ)

Hôpitaux ou autres institutions qui l'ont traitée

Nom	Adresse	Date (AAAA-MM-JJ)

### C. Identification du médecin

Nom et adresse du médecin (en LETTRES MAJUSCULES)

Spécialité	Numéro de permis
Signature du médecin	Date (AAAA-MM-JJ)