

**Demande de prestation pour une maladie grave  
Déclaration de l'assuré**200, rue des Commandeurs  
Lévis (Québec) G6V 6R2**⚠ Nous ne pourrions donner suite à cette demande de prestation que si une réponse satisfaisante est fournie à toutes les questions.**

- Les maladies pour lesquelles l'assuré détient une couverture sont énoncées dans la brochure explicative ou au contrat; veuillez vous y référer.
- La présente déclaration doit être remplie par l'assuré. Si l'assuré n'est pas en mesure de le faire, celle-ci peut être remplie par le représentant légal ou le mandataire de l'assuré.
- Veuillez faire remplir le formulaire Demande de prestation pour une maladie grave – Rapport du médecin traitant (n° 17026) et nous le retourner avec tout autre document requis.

**Pour nous joindre : 1 877 938-8191****A. Information concernant l'assuré**

Nom		Prénom		Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	
Adresse – N°, rue		Ville		Province	Code postal
N°s de téléphone à 10 chiffres					
Résidence :		Travail :		Poste :	
Employeur de l'assuré		N° de contrat/groupe	N° de compte/division no.		N° d'identification de l'assuré

**Si la demande est faite pour une personne à charge, veuillez remplir également cette section :**

Nom de la personne à charge		Prénom		Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	
Lien de parenté avec l'assuré					
Adresse – N°, rue		Ville		Province	Code postal
Cochez si même que l'assuré : <input type="checkbox"/>					
N°s de téléphone à 10 chiffres					
Résidence :		Travail :		Poste :	

## B. Renseignements généraux

### 1. Diagnostic

2. Date à laquelle les symptômes de cette maladie se sont manifestés pour la première fois (AAAA-MM-JJ) \_\_\_\_\_ 3. Date de la première consultation médicale relative aux symptômes liés à cette maladie (AAAA-MM-JJ) \_\_\_\_\_

4. Avez-vous un médecin de famille?  Oui  Non

Si oui, précisez son nom: \_\_\_\_\_ Depuis quand? \_\_\_\_\_

5. Au cours des 2 années précédant la date de votre diagnostic, avez-vous consulté un médecin ou un professionnel de la santé ou été hospitalisé pour une ou des raisons médicales?  Oui  Non **Si oui**, veuillez remplir le tableau suivant:

Nom des médecins ou des professionnels consultés	Raisons médicales	Dates des consultations (AAAA-MM-JJ)	Nom des hôpitaux où vous avez été traité	Périodes d'hospitalisation (AAAA-MM-JJ)
				du: _____ au: _____
				du: _____ au: _____

6. Au cours des 2 années précédant la date de votre diagnostic, avez-vous pris des médicaments?  Oui  Non

**Si oui**, veuillez remplir le tableau suivant:

Raisons médicales	Nom des médicaments	Périodes (AAAA-MM-JJ)
		du: _____ au: _____
		du: _____ au: _____

7. Fumez-vous la cigarette, le cigarillo, le cigare, la pipe ou faites-vous usage de toute autre forme de tabac ou d'un substitut comme de la gomme ou un timbre de nicotine?

Oui  Non

8. Avez-vous déjà fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit?  Oui  Non **Si oui**, date de cessation (AAAA-MM-JJ): \_\_\_\_\_

9. Des membres de votre famille (conjoint, fils, fille, père, mère, frère, soeur, grand-père, grand-mère, oncle, tante) souffrent-ils ou ont-ils déjà souffert de la même maladie ou d'une maladie semblable?  Oui  Non **Si oui**, veuillez remplir le tableau suivant:

Nom du membre de la famille	Lien de parenté	Maladies	Âge au début de la maladie	Âge si vivant	Âge au décès

**Déclaration** – Je déclare que toutes les réponses données ci-dessus sont complètes et véridiques.

**X**

Signature de l'assuré (ou de son mandataire) \_\_\_\_\_

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

## C. Gestion des renseignements personnels

Desjardins Assurances traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. Desjardins Assurances conserve ces renseignements dans un dossier afin de vous faire bénéficier des différents services financiers (assurances, rentes, crédit, etc.) qu'elle offre. Ces renseignements ne sont consultés que par les employés de Desjardins Assurances qui en ont besoin pour leur travail. Vous avez le droit de consulter votre dossier. Vous pouvez aussi y faire corriger des renseignements si vous démontrez qu'ils sont inexacts, incomplets, ambigus ou inutiles. Vous devez alors envoyer une demande écrite à l'adresse suivante: Responsable de la protection des renseignements personnels, Desjardins Assurances, 200, rue des Commandeurs, Lévis (Québec) G6V 6R2. Desjardins Assurances peut utiliser la liste de ses clients pour les informer de ses promotions ou leur offrir un nouveau produit. Desjardins Assurances peut utiliser la liste de ses clients afin d'offrir à ces derniers un produit d'assurance à la suite de la cessation de leur assurance collective. Si vous ne voulez pas recevoir de telles offres, vous avez le droit de faire rayer votre nom de cette liste. Vous devez alors envoyer une demande écrite au Responsable de la protection des renseignements personnels chez Desjardins Assurances.

## D. Autorisation à la collecte et à la communication de renseignements personnels

Aux strictes fins de l'établissement de l'assurabilité, de la gestion du dossier et du règlement des demandes de prestations, j'autorise Desjardins Assurances ou ses réassureurs: a) à ne recueillir auprès de toute personne physique ou morale ou de tout organisme public ou parapublic que les seuls renseignements personnels détenus à mon sujet qui sont nécessaires au traitement de mon dossier. Sans que cette liste soit exhaustive, cette collecte pourra se réaliser auprès de professionnels de la santé ou d'établissements de santé, du MIB, Inc., de compagnies d'assurance ou de réassurance, d'agents de renseignements personnels ou d'agences d'investigation, du preneur, de mon employeur ou de mes ex-employeurs; b) à ne communiquer qu'à ces personnes physiques ou morales ou à ces organismes publics ou parapublics que les seuls renseignements personnels qu'elle détient à mon sujet et qui sont nécessaires à l'objet de mon dossier; c) à demander, le cas échéant, un compte rendu d'enquête à mon sujet et à utiliser les renseignements personnels nécessaires à ces fins qui sont contenus dans d'autres dossiers qu'elle détient déjà et dont l'objet est accompli; d) à communiquer à mon médecin personnel tout renseignement médical obtenu à mon sujet durant l'évaluation de mon dossier; e) à communiquer à d'autres assureurs ou réassureurs tout renseignement à mon sujet qui est pertinents aux fins de la détermination de mon admissibilité à une assurance ou à des garanties; f) à transmettre un bref rapport de mes renseignements personnels sur ma santé au MIB, Inc. La présente autorisation vaut également pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où elles sont visées par ma demande. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de la personne assurée (14 ans ou plus) **X** \_\_\_\_\_

**OU** du représentant légal ou du mandataire

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

**ET** signature du père, mère ou tuteur si cette personne est mineure **X** \_\_\_\_\_