

 **Vous devez fournir une réponse complète à toutes les questions pour que nous puissions traiter votre demande.**

A. Identification

Numéro de contrat

Nom de la personne invalide		Prénom		Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	
Adresse – N°, rue, app.			Ville		Province/Terr. Code postal
Numéros de téléphone à 10 chiffres		Résidence		Travail Poste	
Formation			Scolarité		

B. Renseignements généraux

1. Date des premiers symptômes relatifs à l'invalidité actuelle (AAAA-MM-JJ)			2. Date de la première consultation médicale pour cette maladie ou cet accident (AAAA-MM-JJ)		
3. S'agit-il d'un accident ?		Si oui, date de l'accident (AAAA-MM-JJ)		Heure	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	
Type d'accident					
		<input type="checkbox"/> De travail		<input type="checkbox"/> De véhicule automobile <input type="checkbox"/> Autre	
Veuillez nous décrire l'accident et nous préciser les circonstances entourant l'accident.					
4. Quelles étaient vos occupations habituelles avant l'invalidité actuelle ?					
Domestiques		Sportives		Sociales et culturelles	
5. a) Date de votre arrêt de travail ou de cessation de vos occupations habituelles à cause de cette maladie ou cet accident (AAAA-MM-JJ) :					
b) Dernier jour complet de travail (AAAA-MM-JJ) :					
6. Avez-vous repris vos occupations habituelles ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, depuis quelle date ? (AAAA-MM-JJ)					
7. a) Êtes-vous retourné au travail ?		Si oui, depuis quelle date ? (AAAA-MM-JJ)		Type de retour :	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				<input type="checkbox"/> Progressif <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Assignation temporaire	
b) S'agit-il d'une assignation temporaire ?		Si oui, depuis quelle date ? (AAAA-MM-JJ)			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
8. Êtes-vous actuellement aux études ?		Si oui, depuis quelle date ? (AAAA-MM-JJ)		Nombre d'heures de cours par semaine	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
9. Décrivez le genre de traitements que vous recevez actuellement (physiothérapie ou autres) et les médicaments que vous prenez pour votre invalidité. Pour chacun d'eux, précisez le nombre et la fréquence (par jour, par semaine ou par mois).					
10. Décrivez de quelle façon votre invalidité vous empêche de travailler					
11. Décrivez brièvement vos activités journalières depuis votre invalidité					

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

12. Indiquez le nom et l'adresse du ou des médecins qui vous traitent ou vous ont traité pour votre invalidité

13. Nom de votre médecin de famille :	Depuis quelle date ? (AAAA-MM-JJ)
---------------------------------------	-----------------------------------

14. Avez-vous consulté un médecin ou un professionnel de la santé ou été hospitalisé pour une ou des raisons médicales au cours des 5 dernières années précédant l'invalidité actuelle ? Oui Non Si oui, veuillez remplir le tableau :

Nom des médecins ou professionnels de la santé qui vous ont traité	Genre de maladies ou blessures	Dates des consultations (AAAA-MM-JJ)	Nom des hôpitaux où vous avez été traité	Périodes d'hospitalisation (AAAA-MM-JJ)
				Du : Au :
				Du : Au :

15. Avez-vous pris des médicaments au cours des 5 dernières années précédant l'invalidité actuelle ? Oui Non Si oui, veuillez remplir le tableau :

Maladies	Nom des médicaments	Périodes (AAAA-MM-JJ)

16. Au cours des 2 années précédant votre invalidité actuelle, vous êtes-vous absenté du travail en raison d'une maladie ou d'un accident ? Oui Non Si oui, veuillez préciser :

Date de l'absence (AAAA-MM-JJ)	Raison
Du :	Au :

17. a) Avez-vous déjà fumé la cigarette, le cigarillo, le cigare, la pipe ou la cigarette électronique ou fait usage de toute autre forme de tabac ou d'un substitut comme de la gomme ou des timbres de nicotine ou de médication antitabagique ? Oui Non

b) Quand avez-vous commencé à fumer ? (AAAA-MM-JJ)	c) Quand avez-vous cessé de fumer ? (AAAA-MM-JJ)
--	--

d) Indiquez les périodes d'interruption

18. a) Avez-vous présenté une réclamation à un organisme gouvernemental ou à une autre compagnie? Oui Non

 Si oui, joindre l'avis d'acceptation ou de refus.

	Oui	Non	Date de la demande (AAAA-MM-JJ)	Votre demande a-t-elle été acceptée ?	Montant mensuel	Durée (si période limitée)
Régime de pension :						
<input type="checkbox"/> Fédéral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> À l'étude		
<input type="checkbox"/> Provincial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> À l'étude		
<input type="checkbox"/> Privé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> À l'étude		
<input type="checkbox"/> Régime provincial d'assurance automobile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> À l'étude		
<input type="checkbox"/> Régime provincial d'indemnisation des victimes d'accident du travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> À l'étude		
<input type="checkbox"/> Tout autre régime gouvernemental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> À l'étude		
Autre assurance :						
<input type="checkbox"/> Individuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> À l'étude		
<input type="checkbox"/> Collective	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> À l'étude		

Si vous avez répondu oui à un ou plusieurs des points ci-dessus, veuillez nous transmettre les informations suivantes : nom des organismes gouvernementaux qui administrent les régimes ou des compagnies d'assurance et numéros des contrats ou de référence :

b) Recevez-vous ou recevrez-vous d'autres sommes d'argent? Oui Non Montant par semaine :

<input type="checkbox"/> Vacances	<input type="checkbox"/> Congé de maternité	<input type="checkbox"/> Congé de maladie	<input type="checkbox"/> Salaire
<input type="checkbox"/> Assurance-emploi	<input type="checkbox"/> Montant forfaitaire	<input type="checkbox"/> Desjardins Assurances (autres contrats)	<input type="checkbox"/> Autre :

19. Êtes vous un :

Salarié Travailleur autonome Autre, veuillez préciser (congé de maternité, retraite, sans emploi, etc.) :

 Si vous êtes un salarié ou un travailleur autonome, veuillez répondre aux questions de la section C. Déclaration du salarié ou du travailleur autonome.

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

C. Déclaration du salarié ou du travailleur autonome

1. Salaire hebdomadaire actuel : _____ 2. Nombre d'heures de travail par semaine : _____

3. Date d'entrée en service (AAAA-MM-JJ) : _____ 4. Profession : _____

5. Êtes-vous toujours à l'emploi de l'employeur? Oui Non Si non, date du départ (AAAA-MM-JJ) : _____
Raison : _____

6. Précisez le nombre d'heures moyen travaillées au cours des 4 semaines précédant le début de l'invalidité

7. Quelles sont les tâches principales de l'emploi et combien de temps chacune d'entre elles prend-elle par semaine ?

 **Joindre une description de tâches, si disponible.**

Tâche :	%	Tâche :	%
Tâche :	%	Tâche :	%

8. Décrivez l'activité et indiquez la fréquence et le poids :

 **Fréquence :**

Occasionnellement: 0-15 % du temps **F**réquemment: 16-50 % du temps **C**ontinuellement: 51 % du temps et +

Fréquence : **O F C** Poids

Pousser : _____ _____

Tirer : _____ _____

Soulever/transporter : _____ _____

Veuillez énumérer les équipements de bureau, les véhicules à moteur, les outils ou tout autre équipement utilisé par la personne invalide au cours de son travail.

Type d'équipement	Nombre de fois par jour	Type d'équipement	Nombre de fois par jour
-------------------	-------------------------	-------------------	-------------------------

9. Information de l'employeur

Nom de l'employeur _____ Numéro de téléphone à 10 chiffres _____ Poste _____ Numéro de télécopieur à 10 chiffres _____

Adresse – N°, rue, app. _____ Ville _____ Province/Terr. _____ Code postal _____

Nom de la personne responsable du dossier _____ Fonction _____

Adresse courriel _____

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

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.

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.

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

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,
- 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

E. Consentement lié à vos renseignements personnels chez Desjardins Assurances

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 :

- étudier une demande d'assurance de votre part
- gérer votre dossier pendant la durée de l'assurance
- 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'examens 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.

2. Après 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

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



Veillez signer ce formulaire à la dernière page

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

F. Déclaration

- Je déclare que les réponses ci-dessus sont complètes et véridiques.
- Si j'ai droit à un montant pour mon invalidité de la part d'une autre compagnie d'assurance ou d'un organisme gouvernemental, je m'engage à rembourser à Desjardins Assurances tout montant que cette dernière compagnie pourrait m'avoir payé en trop. Je ferai ce remboursement dès que je recevrai le ou les paiements de l'autre compagnie d'assurance ou de l'organisme gouvernemental. De plus, en cas de faillite, je m'engage à aviser Desjardins Assurances dès le début des procédures. Une photocopie du présent engagement a la même valeur que l'original. Je m'engage à informer Desjardins Assurances si je reçois des prestations d'autres sources de revenus.

G. Signatures



X

Signature de la personne invalide

Date (AAAA-MM-JJ)