

Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

Identification de la personne assurée

Nom		Date de naissance (AAAA-MM-JJ)
Prénom	Numéro de contrat	Numéro du prestataire

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. Au cours des 2 années précédant la date de votre diagnostic, avez-vous eu différents employeurs? Oui Non Si **oui**, veuillez remplir le tableau suivant :

Nom et adresse	Durée de l'emploi (AAAA-MM-JJ)
	du : _____ au : _____
	du : _____ au : _____

8. 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

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

10. Si vous êtes en arrêt de travail ou avez cessé de vaquer à vos activités habituelles en raison de cette maladie, veuillez répondre aux questions suivantes.

a) Dernier jour complet de travail ou date à laquelle vous avez cessé de vaquer à vos activités habituelles (AAAA-MM-JJ) : _____

b) Avez-vous effectué au moins 80 heures de travail payé au cours des 4 semaines précédant le dernier jour complet de travail? Oui Non

Si **non**, veuillez préciser la raison : _____

c) Nom de votre employeur : _____ Numéro de téléphone à 10 chiffres : _____

Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

Identification de la personne assurée

Nom		Date de naissance (AAAA-MM-JJ)
Prénom	Numéro de contrat	Numéro du prestataire

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.

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.

Déclaration

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

Signature



X _____

Signature de la personne assurée

Date (AAAA-MM-JJ)

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