

 Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec nous en composant le 1 866 850-7198.

## Directives

- Le présent formulaire doit être rempli par la personne assurée et le preneur de la police (si celui-ci n'est pas la personne assurée). Un représentant autorisé de la personne assurée peut également le remplir si cette dernière est incapable de le faire.
- Si vous agissez à titre de représentant autorisé de la personne assurée et que vous soumettez une réclamation en son nom, veuillez nous fournir le document qui vous donne l'autorisation légale de le faire (p. ex. : procuration, documents relatifs à une tutelle légale ou mandat d'inaptitude).
- Assurez-vous de remplir toutes les pages de ce formulaire et de signer le consentement lié à vos renseignements personnels chez Desjardins Assurances.
- Veuillez remplir la section « Identification de la personne assurée » de la Déclaration du médecin traitant et faire remplir les deux pages de cette section par votre médecin traitant ou le médecin qui connaît le mieux votre état de santé actuel.
- Veuillez fournir une copie des dossiers médicaux provenant du médecin traitant et de tout autre professionnel de la santé (p. ex. : travailleur social, infirmière du CLSC ou d'une clinique médicale, etc.) qui détient les permis nécessaires pour exercer sa profession au Canada ou aux États-Unis.
- Une fois que toutes les sections de ce formulaire auront été remplies et signées, veuillez nous faire parvenir le formulaire :

**En ligne :**

[www.desjardinsassurancevie.com/envoi](http://www.desjardinsassurancevie.com/envoi)

Remplissez et enregistrez au préalable votre formulaire.  
Conservez les originaux pour vos dossiers.

**Par la poste :**

Desjardins Assurances  
Case postale 3800  
Lévis (Québec) G6V 0S1

Expédiez les originaux et conservez les copies pour vos dossiers.

Nom de la personne qui remplit la présente demande (s'il ne s'agit pas de la personne assurée)

Lien entre cette personne et la personne assurée

Numéro de téléphone à 10 chiffres

### A. Identification de la personne assurée

Nom de la personne assurée	Prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Numéro de police
Adresse – N°, rue, app.		Ville	
Province ou territoire	Code postal	Numéro de téléphone à 10 chiffres	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)

### B. Résidence

Habitez-vous actuellement à l'adresse mentionnée ci-dessus?  Oui  Non

Si oui, avec qui habitez-vous?  seul(e)  avec votre conjoint(e)  avec un membre de votre famille  autre

Si non, où habitez-vous pour l'instant?  dans un centre d'hébergement  dans un hôpital  à la résidence d'un membre de votre famille  autre

### C. Procuration et tutelle légale

Avez-vous donné une procuration ou faites-vous l'objet d'une tutelle légale?  Oui (Veuillez nous fournir une copie des documents pertinents)  Non

Nom de la personne qui détient cette procuration ou nom du tuteur légal

Adresse – N°, rue, app.

Ville	Province ou territoire	Code postal
Numéros de téléphone à 10 chiffres	Résidence	Travail
		Poste

### D. Soins

Veillez décrire le trouble de santé qui vous empêche d'être autonome et la date à laquelle vous avez demandé de l'aide en raison de ce trouble pour la première fois.

Veillez nommer tous les médecins que vous avez consultés relativement à ce trouble de santé :

Nom	Adresse	N° de téléphone à 10 chiffres	Date de la dernière consultation (AAAA-MM-JJ)

Si vous avez récemment séjourné dans un hôpital ou un centre d'hébergement, veuillez nous fournir les renseignements ci-dessous :

Nom	Adresse et n° de téléphone à 10 chiffres	Date d'admission (AAAA-MM-JJ)	Date du congé (AAAA-MM-JJ)

Veillez nommer toutes les personnes qui vous fournissent des soins ou de l'aide, comme des fournisseurs de soins autorisés, des amis et des membres de votre famille.

Nom de l'agence ou de la personne qui vous fournit des soins ou de l'aide	Cette personne est-elle un professionnel de la santé autorisé?	Adresse	N° de téléphone à 10 chiffres	Date du début des soins ou de l'aide (AAAA-MM-JJ)	Description de l'aide apportée ou des soins fournis
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				

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

Ce consentement concerne le preneur et la personne assurée.

### 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 page suivante

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

Ce consentement concerne seulement la personne assurée.

### 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'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

### 3. Si cette demande concerne vos enfants

Vous nous autorisez aussi à recueillir, utiliser et partager des renseignements personnels 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.

## G. Signatures



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

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



X \_\_\_\_\_  
Signature de la personne assurée

\_\_\_\_\_  
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)

## Directives

-  **La personne assurée ou son représentant autorisé doit remplir la présente page avant de remettre tous les formulaires nécessaires à son médecin.**
-  **Il incombe à la personne assurée de faire remplir le présent formulaire et de régler les frais engagés pour le faire.**

## Identification du patient

Nom de la personne assurée	Prénom	Numéro de police
Adresse – N°, rue, app.		
Ville	Province ou territoire	Code postal
Numéro de téléphone à 10 chiffres	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	

## Directives au médecin

Veillez répondre à toutes les questions de façon complète et précise et retourner le formulaire au patient. Nous utiliserons ces renseignements médicaux pour évaluer l'admissibilité du patient à des prestations de soins de longue durée.

**i Les frais exigés pour remplir cette demande sont assumés par la personne assurée.**

### A. Identification de la personne assurée

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

### B. État de santé

1. Quels sont les troubles de santé qui ont été diagnostiqués à l'endroit de la personne assurée?

Diagnostic principal : \_\_\_\_\_ Début des symptômes (AAAA-MM-JJ) : \_\_\_\_\_

Diagnostic secondaire : \_\_\_\_\_ Début des symptômes (AAAA-MM-JJ) : \_\_\_\_\_

Cause à l'origine des diagnostics (accident, tentative de suicide, médicaments, alcool, etc.) : \_\_\_\_\_

2. Quand a eu lieu la dernière visite du patient? (AAAA-MM-JJ) \_\_\_\_\_

Quelle était la nature de sa dernière visite (trouble principal)? \_\_\_\_\_

### C. Activités de la vie quotidienne

**i À l'attention du médecin :** Veuillez répondre aux questions 3, 4 et 5 en fonction des définitions suivantes des activités de la vie quotidienne.

**Se laver :** capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette avec ou sans aides fonctionnelles.

**S'habiller :** capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires et toute orthèse, tout membre artificiel ou toute autre prothèse chirurgicale.

**Utiliser les toilettes :** capacité d'accomplir, avec ou sans aides fonctionnelles, toutes les tâches suivantes : a) aller à la salle de bain et en revenir; b) s'asseoir sur la toilette et s'en relever et c) accomplir les soins d'hygiène appropriés à cette activité.

**Se déplacer :** capacité : a) de s'asseoir sur une chaise, y compris un fauteuil roulant, et de s'en relever; ou b) de se coucher dans un lit et de s'en relever. Si la personne peut se déplacer avec l'aide d'une canne, d'une marchette, de béquilles, de barres d'appui ou d'autres appareils de soutien, l'assureur la considère capable de se déplacer.

**Être continent :** capacité de maintenir le contrôle des fonctions des intestins et de la vessie. Lorsque la personne en est incapable : capacité d'effectuer les soins d'hygiène personnels associés, y compris de s'occuper d'un cathéter ou d'un sac pour colostomie.

**Se nourrir :** capacité de consommer, avec ou sans ustensiles adaptés, des aliments déjà préparés et mis à sa disposition.

3. Veuillez indiquer le degré d'aide dont a besoin le patient pour accomplir les activités de la vie quotidienne décrites ci-dessous. Pour chacune de ces activités, veuillez cocher une seule case pour préciser le degré actuel de capacité du patient.

Activités de la vie quotidienne	Le patient n'a besoin d'aucune assistance; il accomplit cette activité de façon autonome	Le patient a besoin d'une aide immédiate (à portée de bras) chaque fois qu'il accomplit cette activité	Le patient a besoin de l'aide physique directe d'une autre personne pour accomplir cette activité
Se laver			
S'habiller			
Utiliser la toilette			
Se déplacer			
Être continent			
Se nourrir			

4. À quelle date le patient a-t-il eu besoin, pour la première fois, d'une aide immédiate ou de l'aide physique directe d'une autre personne pour accomplir une de ces activités? (AAAA-MM-JJ)

5. Si vous avez des renseignements supplémentaires sur la capacité du patient d'accomplir ces activités, veuillez les indiquer ci-dessous.

## D. Déficience cognitive

**i** À l'attention du médecin : Veuillez répondre aux questions 6 et 7 en fonction de la définition suivante de « déficience cognitive ».

**Déficience cognitive :** Diminution de la capacité intellectuelle d'une personne qui entraîne une incapacité à penser, à percevoir, à raisonner ou à se souvenir. Cette déficience : a) rend l'assuré incapable de prendre soin de lui-même sans être supervisé de façon continue par une autre personne; et b) est due à une maladie mentale avec cause organique. La déficience cognitive d'origine organique sera établie sur la base de données cliniques et de mesures normalisées valides d'évaluation de telles déficiences.

6. A-t-on diagnostiqué une déficience cognitive chez le patient?  Oui  Non

**Si vous avez répondu non, passez à la question 7.**

Si oui, veuillez indiquer le diagnostic : \_\_\_\_\_

Date à laquelle cette déficience a débuté (AAAA-MM-JJ) : \_\_\_\_\_

Veuillez préciser les tests de diagnostic effectués :

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Veuillez cocher une des cases suivantes pour préciser le degré de déficience cognitive du patient :

Le patient souffre d'une déficience cognitive légère et n'a pas besoin d'être surveillé constamment.

Le patient souffre d'une déficience cognitive grave; il a besoin d'être surveillé constamment et a aussi besoin de rappels pour protéger sa santé et sa sécurité.

7. Si vous avez des renseignements supplémentaires sur la déficience du patient, veuillez les indiquer ci-dessous.

## E. Identification du médecin

Nom du médecin ayant rempli le présent formulaire		Numéro du permis d'exercice		
Adresse – N°, rue, bureau		Ville	Province ou territoire	Code postal
Numéro de téléphone à 10 chiffres	Numéro de télécopieur à 10 chiffres	Veuillez indiquer si vous êtes le médecin traitant du patient ou un spécialiste		
		<input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Spécialiste		

**X** \_\_\_\_\_  
Signature du médecin

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

**i** Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec le secteur responsable des règlements d'assurance en composant le 1 866 850-7198.