

 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 l'autorisation relative à la collecte et à la communication de renseignements personnels.
- 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	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	Code postal
Numéros de téléphone à 10 chiffres	Résidence	Travail
		Poste

### D. Soins

Veuillez 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.

Veuillez 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)

Veuillez 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. 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 aussi donner cette liste à une autre entité du Mouvement Desjardins pour qu'elle s'en serve aux mêmes fins. 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. 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 transférés dans un autre pays et qu'ils soient soumis aux lois de ce pays. Il est possible d'obtenir de l'information concernant les politiques et pratiques de Desjardins Assurances en matière de transfert de renseignements personnels à l'extérieur du Canada en visitant le site Web de Desjardins Assurances, à l'adresse [www.desjardinsassurancevie.com](http://www.desjardinsassurancevie.com), ou en transmettant une demande à cette fin au responsable de la protection des renseignements personnels de Desjardins Assurances, à l'adresse indiquée précédemment. Le responsable de la protection des renseignements personnels de Desjardins Assurances pourra également répondre à vos questions concernant le transfert de renseignements personnels à des fournisseurs de services à l'extérieur du Canada.

## F. Déclaration et autorisation à la collecte et à la communication de renseignements personnels

### Section à remplir par la personne assurée ou son représentant autorisé

J'atteste que les renseignements ci-dessus sont complets et véridiques.

Aux strictes fins de l'établissement de l'assurabilité, de la gestion du dossier et du règlement des réclamations, 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, LLC, 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 pertinent 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 au MIB, LLC y compris ceux sur ma santé. 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. Je conviens que la présente autorisation restera en vigueur pendant toute la période d'indemnisation et que toute copie de cette dernière a la même valeur que l'original.

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne assurée ou de son représentant autorisé      Date (AAAA-MM-JJ)

## G. Déclaration du preneur

### Section à remplir par le preneur s'il n'est pas la personne assurée

J'atteste que les renseignements ci-dessus sont véridiques et complets.

\_\_\_\_\_  
Signature du preneur de la police      Date (AAAA-MM-JJ)

## 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	Code postal
Numéro de téléphone à 10 chiffres	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	

## Directives au médecin

Veuillez 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'exercer		
Adresse – N°, rue, bureau		Ville	Province	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.