

**DEMANDE DE PRESTATIONS D'ASSURANCE INVALIDITÉ
OU D'EXONÉRATION DES PRIMES
DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ****A - IDENTIFICATION****Nous ne pourrons donner suite à cette demande que si une réponse appropriée est fournie à toutes les questions.**

Nom et prénom de l'employé		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Date de naissance AAAA MM JJ	
Adresse - N°, rue, appartement		Ville		Province Code postal	
N° de police	N° de compte	N° de certificat ou d'identification		N° d'assurance sociale	
N° de téléphone (rés.) : () -					

B - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. Formation : _____
Scolarité : _____
Expériences de travail : _____

Langue parlée : Français Anglais Langue écrite : Français Anglais

2. L'invalidité est-elle due à un **Si oui**, date de l'accident
 Oui Non AAAA MM JJ Heure Type d'accident
 AM de travail de véhicule automobile autre
 PM

Veillez préciser où, comment et en présence de qui l'accident est survenu.

3. Avant de devenir invalide, avez-vous été traité pour la maladie ou la blessure ayant causé cette invalidité? Oui Non
Si oui, veuillez donner les détails incluant les noms, adresses et numéros de téléphone de tous les médecins et spécialistes qui vous ont traité.

4. Noms, adresses et numéros de téléphone des médecins et spécialistes qui vous ont traité durant votre invalidité.

VEUILLEZ REMPLIR LE VERSO DU FORMULAIRE

B - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX - (SUITE)

5. Si vous possédez une assurance prévoyant une protection en cas d'accident ou de maladie par l'intermédiaire d'un syndicat, d'une société, d'un créancier, d'une assurance hypothèque ou automobile, d'un club ou d'une autre association, d'un autre employeur ou d'une police individuelle, veuillez fournir les détails suivant :

Nom de l'assureur	N° de police	N° de certificat	Date du début des prestations	Période de prestations	Montant	Hebdo./Mens
			AAAA MM JJ	DU: _____ AU: _____		<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
			AAAA MM JJ	DU: _____ AU: _____		<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M

COMMENTAIRES: _____

Je certifie que les réponses ci-dessus sont complètes et véridiques.

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ

DATE

C - GESTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF), traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. DSF conserve ces renseignements dans un dossier afin de vous faire bénéficier des services d'assurance collective qu'elle offre. Ces renseignements ne sont consultés que par les employés de DSF 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 Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, 200, rue des Commandeurs, Lévis, Québec, G6V 6R2. DSF 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 une telle offre, 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 DSF.

D - AUTORISATION À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS Remplir à chaque demande.

Aux strictes fins de l'établissement de l'assurabilité, de la gestion du dossier et du règlement des demandes de prestations, j'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie : 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 (connu auparavant sous le nom Bureau de renseignements médicaux), des compagnies d'assurance, agents de renseignements personnels ou agences d'investigation, du preneur, de mon employeur ou de mes ex-employeurs; b) à ne communiquer auxdites personnes ou organismes que les seuls renseignements personnels qu'elle détient à mon sujet et qui sont nécessaires à l'objet du 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. J'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, à utiliser ou communiquer mon numéro d'assurance sociale à des fins administratives. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

SIGNATURE
DE L'EMPLOYÉ

DATE

TRÈS IMPORTANT

VEUILLEZ FAIRE REMPLIR LA DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT - DEMANDE INITIALE ET FAIRE PARVENIR LES FORMULAIRES REMPLIS À DESJARDINS SÉCURITÉ FINANCIÈRE, COMPAGNIE D'ASSURANCE VIE, PRESTATIONS D'INVALIDITÉ.