



Prénom, nom et adresse de l'adhérent		Nom et adresse de l'employeur	
Code postal		Code postal	
Lieu de naissance (province, état, pays)	N° de certificat	Profession	N° de téléphone : Rés. : Ind. régional + n° Travail : Ind. régional + n°
Travaillez-vous actuellement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, nombre d'heures par semaine – Si non, indiquez pourquoi		

	PRÉNOM	NOM	SEXE	DATE DE NAISSANCE	TAILLE	POIDS	POIDS IL Y A UN AN	CAUSE DE LA VARIATION DE POIDS (S'IL Y A LIEU)
ADHÉRENT			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	JJ/MM/AAAA				
CONJOINT			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	JJ/MM/AAAA				
ENFANTS			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	JJ/MM/AAAA				
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	JJ/MM/AAAA				

EST-CE QUE L'UNE OU L'AUTRE DES PERSONNES À ASSURER :

		ADHÉRENT		CONJOINT	
		OUI	NON	OUI	NON
1-	A déjà eu une demande d'assurance refusée, modifiée ou acceptée avec une restriction ou une surprime?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2-	A fait usage de tabac sous une forme quelconque au cours des 12 derniers mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-	Est actuellement sous les soins d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé ou prend des médicaments?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4-	Prévoit consulter un médecin ou un autre professionnel de la santé ou subir une opération?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-	Souffre d'une infirmité, d'une malformation ou d'une autre maladie physique, nerveuse ou mentale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6-	A déjà subi un électrocardiogramme, une radiographie, une mammographie, des analyses du sang ou d'autres examens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7-	A déjà subi ou a été avisée de subir des analyses de laboratoire afin de détecter la présence du virus du SIDA ou d'anticorps au virus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8-	S'est déjà fait recommander une diète, des médicaments, un traitement ou une opération?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9-	A déjà été traitée dans un hôpital, une clinique ou un sanatorium?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10-	A déjà demandé ou touché des prestations ou connu un arrêt de travail de plus de 10 jours consécutifs suite à une maladie ou un accident?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11-	A fait usage plus abondant de boissons alcooliques, de narcotiques ou d'autres drogues qu'actuellement, ou a déjà été traitée pour une telle condition?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12-	A déjà obtenu des résultats de tests diagnostiques présentant des anomalies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13-	A déjà ressenti des symptômes pour lesquels elle n'a pas encore consulté un professionnel de la santé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14-	A déjà consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé pour tout désordre physique ou mental non mentionné ci-dessus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15-	Y a-t-il un des enfants à assurer qui souffre ou a déjà souffert de troubles cardiaques, pulmonaires, neurologiques ou mentaux, d'un cancer ou du diabète ou encore pour lequel une demande d'assurance a déjà été refusée, acceptée avec surprime, modifiée ou ajournée?	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON

EXPLIQUEZ LES RÉPONSES « OUI »

Question n°	Prénoms	Maladies - opérations - accidents - consultations examens - traitements - nom des médicaments - résultats	Date	Durée		Nom et adresse des médecins – hôpitaux
				Maladie	Hosp.	
			JJ/MM/AAAA			
			JJ/MM/AAAA			
			JJ/MM/AAAA			
			JJ/MM/AAAA			
			JJ/MM/AAAA			
			JJ/MM/AAAA			
			JJ/MM/AAAA			
			JJ/MM/AAAA			
			JJ/MM/AAAA			
			JJ/MM/AAAA			
			JJ/MM/AAAA			

Utilisez une feuille supplémentaire au besoin.

16-Quelle est votre consommation hebdomadaire de :		POUR L'ADHÉRENT		tabac	boissons alcooliques	narcotiques ou drogues	POUR LE CONJOINT		tabac	boissons alcooliques	narcotiques ou drogues	
17- Est-ce qu'un des membres de votre famille a déjà souffert de troubles cardiaques, d'une maladie des reins, du diabète, d'un cancer, d'un accident vasculaire cérébral, de la maladie de Parkinson, de dystrophie musculaire, de sclérose en plaques, de la maladie d'Alzheimer, de la maladie de chorée de Huntington ou de toute autre maladie héréditaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez préciser ci-dessous :												
Cochez le membre de la famille				Maladies (si cancer : précisez le type)				Âge au début de la maladie	Âge si vivant	Âge au décès		
ADHÉRENT	Père	Mère	Frère	Soeur								
	Père	Mère	Frère	Soeur								
CONJOINT	Père	Mère	Frère	Soeur								
	Père	Mère	Frère	Soeur								

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 différents services financiers (assurances, rentes, crédit, etc.) 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.

AVIS RELATIF AU MIB

Les renseignements relatifs à votre assurabilité seront traités en toute confidentialité. Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie ou ses réassureurs peuvent toutefois rédiger un bref rapport à leur propos à l'intention du MIB Inc., connu auparavant sous le nom Bureau de renseignements médicaux. Cet organisme sans but lucratif formé de compagnies d'assurance permet l'échange de renseignements entre ses membres. Si vous demandez une assurance vie ou santé ou si vous soumettez une demande de prestations à une autre compagnie membre du MIB, ce dernier lui fournira, à sa demande, les renseignements qu'il détient sur vous.

À la réception d'une demande de votre part, le MIB vous permettra de prendre connaissance de tous les renseignements qu'il détient à votre sujet. Vous pouvez communiquer avec le MIB en composant le 416 597-0590. Si vous remettez en question l'exactitude de ces renseignements, vous pourrez demander leur correction conformément aux procédures figurant sur le site du MIB, à l'adresse www.mib.com (en anglais seulement). Vous pouvez aussi écrire à son bureau des renseignements, au 330 University Avenue, Suite 501, Toronto, Ontario, M5G 1R7.

Par ailleurs, Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie ou ses réassureurs pourront également communiquer des renseignements tirés de leurs dossiers à d'autres compagnies d'assurance vie auxquelles vous auriez demandé une assurance vie, une assurance maladie, des prestations ou des indemnités. Vous pouvez obtenir des renseignements destinés aux consommateurs sur le MIB en visitant son site Web, à l'adresse www.mib.com.

DÉCLARATION ET AUTORISATION À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

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 la liste ne 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 détiendrait déjà et dont l'objet est accompli. Le présent consentement vaut également pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes enfants mineurs, dans la mesure où ils sont visés par ma demande. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original. Je déclare que les réponses ci-dessus sont complètes et véridiques et j'accepte qu'elles fassent partie intégrante de ma demande d'assurance. Je reconnais avoir pris connaissance de l'avis relatif à la gestion des renseignements personnels ainsi que de l'avis relatif au MIB et en avoir reçu une copie. L'assurance entrera en vigueur à la date prévue au contrat. Toute fausse déclaration peut entraîner l'annulation de l'assurance. Si le directeur médical de Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie le juge à propos, je l'autorise à transmettre les renseignements obtenus au titre de l'étude de ma demande d'assurance ou la raison qui supporte la décision de la compagnie, à :

Nom et adresse du médecin

JJ/MM/AAAA

Signature de l'adhérent

Signature du conjoint

Signature du témoin

Date

Signature des enfants à charge à assurer de 16 ans et plus (14 ans et plus pour le Québec)

MD Marque de commerce propriété de Desjardins Sécurité financière

AUTORISATION À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

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 la liste ne 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 détiendrait déjà et dont l'objet est accompli. Le présent consentement vaut également pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes enfants mineurs, dans la mesure où ils sont visés par ma demande. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

JJ/MM/AAAA

Signature de l'adhérent

Signature du conjoint

Signature du témoin

Date

Signature des enfants à charge à assurer de 16 ans et plus (14 ans et plus pour le Québec)