



**DEMANDE DE PRESTATIONS
RELATIVE À UNE INVALIDITÉ TOTALE
DÉCLARATION DE LA PERSONNE ASSURÉE**

DOSSIER DE SERVICES FINANCIERS D'ASSURANCES, DE RENTES, DE CRÉDIT ET SERVICES COMPLÉMENTAIRES

NUMÉRO DE CONTRAT : _____

NOM ET ADRESSE DE LA PERSONNE ASSURÉE			Date de naissance AA MM JJ
			Numéro de certificat ou d'identification
	Code postal 		Numéros de téléphone
Nom à la naissance dans le cas d'une femme mariée			Rés. : ()
NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR			Bur. : ()
			Profession
	Code postal 		
1- DATE DE VOTRE ARRÊT DE TRAVAIL À CAUSE DE CETTE MALADIE OU CET ACCIDENT			AA MM JJ
2- SI VOUS AVEZ REPRIS LE TRAVAIL, DATE DU RETOUR AU TRAVAIL			AA MM JJ
3- SI VOUS N'AVEZ PAS REPRIS LE TRAVAIL, DATE PROBABLE OU PRÉVUE DU RETOUR AU TRAVAIL			AA MM JJ
4- NATURE DE L'INVALIDITÉ			
5- AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ TRAITÉ ANTÉRIEUREMENT POUR CETTE MALADIE OU CET ACCIDENT? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON SI OUI, DONNEZ LES DATES, LA NATURE DES TRAITEMENTS ET LES NOM ET ADRESSE DES MÉDECINS			
6- S'AGIT-IL D'UN ACCIDENT : DE TRAVAIL? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON D'AUTOMOBILE? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON – VEUILLEZ JOINDRE LE RAPPORT DE POLICE			
7- DESCRIPTION DE L'ACCIDENT			
8- DÉCRIRE DE QUELLE FAÇON VOTRE INVALIDITÉ VOUS EMPÊCHE DE TRAVAILLER			
9- DÉCRIRE BRIÈVEMENT VOS ACTIVITÉS JOURNALIÈRES ACTUELLES			
10- A) SI VOUS ÊTES SANS EMPLOI ACTUELLEMENT, VERS QUELLE DATE PRÉVOYEZ-VOUS REPRENDRE VOS OCCUPATIONS HABITUELLES?			AA MM JJ
B) VOTRE EMPLOI VOUS ATTEND-IL? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON SI NON, POURQUOI?			
11- NOM ET ADRESSE DES MÉDECINS QUI VOUS TRAITENT OU VOUS ONT TRAITÉ DURANT VOTRE INVALIDITÉ			
12- AVEZ-VOUS ÉTÉ HOSPITALISÉ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON SI OUI, DATES			
13- NOM DE L'HÔPITAL			
14- AVEZ-VOUS SUBI UNE INTERVENTION CHIRURGICALE? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON SI OUI, DATE DE L'INTERVENTION			AA MM JJ
15- NATURE DE L'INTERVENTION			

DEMANDE DE PRESTATIONS RELATIVE À UNE INVALIDITÉ TOTALE (suite)

16- AVEZ-VOUS FAIT D'AUTRES DEMANDES DE PRESTATIONS? REMPLIR LE TABLEAU CI-DESSOUS

Avez-vous fait une demande auprès des instances suivantes?	Date de votre demande	Votre demande a-t-elle été acceptée?	Montant mensuel
RÉGIE DES RENTES DU QUÉBEC <input type="checkbox"/> OUI : <input type="checkbox"/> INVALIDITÉ <input type="checkbox"/> RETRAITE <input type="checkbox"/> NON	AA MM JJ	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> À L'ÉTUDE	\$
RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA <input type="checkbox"/> OUI : <input type="checkbox"/> INVALIDITÉ <input type="checkbox"/> RETRAITE <input type="checkbox"/> NON	AA MM JJ	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> À L'ÉTUDE	\$
SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	AA MM JJ	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> À L'ÉTUDE	\$
COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (CSST, CAT, CSPAA, CSSIAT, WCB) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	AA MM JJ	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> À L'ÉTUDE	\$
RÉGIME DE RETRAITE (FONDS DE PENSION) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	AA MM JJ	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> À L'ÉTUDE	\$
AUTRE : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> COMPAGNIE : _____ <input type="checkbox"/> ASSOCIATION : _____ N° DE DOSSIER OU DE POLICE : _____ S'AGIT-IL D'UNE ASSURANCE : <input type="checkbox"/> INDIVIDUELLE <input type="checkbox"/> COLLECTIVE		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> À L'ÉTUDE <input type="checkbox"/> EXONÉRATION DES PRIMES	\$

Vous devez nous fournir l'avis d'acceptation ou de refus des demandes de prestations que vous avez faites si ce document ne nous a pas encore été soumis.

17- AVEZ-VOUS D'AUTRES SOURCES DE REVENU? OUI NON SI OUI, PRÉCISEZ :

SALAIRE VACANCES CONGÉS DE MALADIE ASSURANCE EMPLOI AUTRE : _____

MONTANT PAR SEMAINE : _____ \$

18- DÉTENEZ-VOUS D'AUTRES ASSURANCES AUPRÈS DE DESJARDINS SÉCURITÉ FINANCIÈRE?

VEUILLEZ COCHER :

<input type="checkbox"/> ASSURANCE PERSONNELLE (INDIVIDUELLE)	N° DE POLICE OU DE CONTRAT - N° D'IDENTIFICATION
<input type="checkbox"/> ASSURANCE COLLECTIVE PAR LE BIAIS DE VOTRE EMPLOYEUR	_____
<input type="checkbox"/> ASSURANCE PRÊT À VOTRE CAISSE POPULAIRE	_____
<input type="checkbox"/> ACCIRANCE - ASSURANCE ACCIDENT	_____
<input type="checkbox"/> ASSURANCE POPULAIRE DESJARDINS	_____
<input type="checkbox"/> AUTRE	_____

19- DÉTENEZ-VOUS UN PRÊT HYPOTHÉCAIRE AUPRÈS DE DESJARDINS SÉCURITÉ FINANCIÈRE? OUI NON - N° DE CONTRAT : _____

GESTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Desjardins Sécurité financière (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, 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.

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

Remplir à chaque demande

Je certifie que les réponses ci-dessus sont complètes et véridiques. 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 : 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 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. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Signature
de la personne assurée

Date