

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

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

 NUMÉRO DE CONTRAT : **B150**
**IDENTIFICATION**

Nom et prénom de la personne assurée		Date de naissance AA MM JJ
N°, rue, appartement		Ville, province
Code postal		Numéros de téléphone ( )
Numéro de permis		Spécialité

**RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ**

1- Date de votre arrêt de travail à cause de cette maladie ou cet accident	AA MM JJ
2- S'agit-il d'un arrêt de travail : <input type="checkbox"/> total <input type="checkbox"/> partiel S'il s'agit d'un arrêt de travail partiel, veuillez remplir l'annexe A.	
3- Si vous avez repris le travail, date du retour au travail	AA MM JJ
4- Si vous n'avez pas repris le travail, date probable ou prévue du retour au travail	AA MM JJ
5- 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 Date de l'accident :	AA MM JJ
6- Description de l'accident	
7- Décrire de quelle façon votre invalidité vous empêche de travailler	
8- Décrire brièvement vos activités journalières depuis votre arrêt de travail	
9- Nom et adresse des médecins qui vous traitent ou vous ont traité pour ce ou ces problèmes de santé	
10- Y-a-t-il d'autres facteurs liés à vos fonctions qui pourraient avoir une influence sur votre retour au travail?	

**RENSEIGNEMENTS SUR LES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX - À compléter si vous êtes assuré depuis moins de deux ans.  
 (Veuillez utiliser une autre feuille au besoin)**

11- Au cours des 36 mois précédant votre arrêt de travail, avez-vous consulté un médecin ou un professionnel de la santé ou été hospitalisé pour un ou des problèmes de santé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez remplir le tableau suivant :				
Nom des médecins ou professionnels de la santé qui vous ont traité	Problèmes médicaux ou diagnostic	Dates des consultations	Nom des établissements où vous avez été hospitalisé	Périodes d'hospitalisation
		AA MM JJ		AA MM JJ AA MM JJ
		AA MM JJ		Du Au AA MM JJ AA MM JJ
12- Au cours des 36 mois précédant votre arrêt de travail, avez-vous pris des médicaments? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez compléter le tableau suivant :				
Nom des médicaments	Problèmes médicaux ou diagnostic	Périodes		
		AA MM JJ AA MM JJ		
		Du Au AA MM JJ AA MM JJ		
13- Si vous n'avez pas consulté un spécialiste de la santé, avez-vous eu, au cours des 36 mois précédant votre arrêt de travail, des symptômes reliés à votre problème de santé actuel? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez compléter le tableau suivant :				
Description des symptômes	Description des traitements	Périodes		
		AA MM JJ AA MM JJ		
		Du Au AA MM JJ AA MM JJ		

## RENSEIGNEMENTS SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

14- Quel est votre horaire normal de travail? \_\_\_\_\_ Nombre moyen d'heures de travail par semaine : \_\_\_\_\_

15- Veuillez répartir vos heures de travail selon les fonctions suivantes :

Fonction	% du temps hebdomadaire	Nombre d'heures	Fonction	% du temps hebdomadaire	Nombre d'heures
Consultations			Urgence		
Chirurgie			Recherche		
Garde			Autres (précisez) :		
Enseignement					

16- Au cours de la dernière année:

- a) Vos responsabilités ont-elles été modifiées (avant votre arrêt de travail)?  Oui  Non \_\_\_\_\_
- b) Y a-t-il eu des changements dans vos tâches?  Oui  Non \_\_\_\_\_
- c) À votre avis, votre état est-il lié à votre travail?  Oui  Non \_\_\_\_\_

Si oui, veuillez expliquer :

## RENSEIGNEMENTS SUR LES PRESTATIONS EN COURS

17- 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 AA MM JJ	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, CSPAAT, 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	\$ _____
Régime québécois d'assurance parentale RQAP (ou l'équivalent) <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	\$ _____

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.**

18- Avez-vous d'autres sources de revenu?  Oui  Non Si oui, précisez :

Salaire  Vacances  Congés de maladie  Assurance emploi  Autre : \_\_\_\_\_

Montant mensuel : \$ \_\_\_\_\_

19 Détenez-vous d'autres assurances auprès de Desjardins Sécurité financière?

N° de police ou de contrat - N° d'identification

Veuillez cocher :

- Assurance personnelle (individuelle) \_\_\_\_\_
- Assurance collective par le biais de votre employeur \_\_\_\_\_
- Assurance prêt à votre caisse populaire \_\_\_\_\_
- Accurance - assurance accident \_\_\_\_\_
- Assurance populaire Desjardins \_\_\_\_\_
- Prêt hypothécaire \_\_\_\_\_
- Autre \_\_\_\_\_

## 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