



- Vie autonome
- Protection perte d'autonomie
- Option autonomie
- Accélération autonomie

DEMANDE DE PRESTATIONS

DIRECTIVES RELATIVES À LA PRÉSENTATION D'UNE DEMANDE DE PRESTATIONS

- ✓ Veuillez utiliser le présent formulaire pour soumettre une demande de prestations. Il 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 demande de prestations 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.
- ✓ En plus des renseignements demandés, il se peut que nous ayons besoin d'une copie des dossiers médicaux de la personne assurée provenant de son médecin traitant ou d'un autre professionnel de la santé 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 à l'adresse suivante :

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie
200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 6R2

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec nous en composant le 1 866 850-7198.

DÉCLARATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

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 :	_____
N° de téléphone (indicatif régional + n°) :	_____

■ IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

Nom de la personne assurée : _____ Sexe : M F N° de police : _____

Adresse (n°, rue, appartement) : _____

Ville, province : _____ Code postal : _____

N° de téléphone (indicatif régional + n°) : _____ Date de naissance : _____ **a a a a - m m - j j**

■ 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

■ 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, appartement) : _____

Ville, province : _____ Code postal : _____

N°s de téléphone (indicatif rég. + n°) : Rés. : _____ Travail : _____ Poste : _____

■ SOINS

Veillez décrire le trouble physique qui vous empêche d'être autonome, ses causes et la date à laquelle vous avez demandé de l'aide en raison de ce trouble pour la première fois.

Veillez nommer tous les médecins que vous avez consultés relativement à ce trouble de santé :

Nom	Adresse	N° de téléphone (indicatif régional + n°)	Date de la dernière consultation
			a a a a - m m - j j
			a a a a - m m - j j
			a a a a - m m - j j
			a a a a - m m - j j

DÉCLARATION DE LA PERSONNE ASSURÉE (SUITE)

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	Date d'admission	Date du congé
		a a a a - m m - j j	a a a a - m m - j j
		a a a a - m m - j j	a a a a - m m - j j
		a a a a - m m - j j	a a a a - m m - j j

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 (indicatif rég. + n°)	Date du début des soins ou de l'aide	Description de l'aide apportée ou des soins fournis
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			a a a a - m m - j j	
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			a a a a - m m - j j	
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			a a a a - m m - j j	
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			a a a a - m m - j j	

■ 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 pour les informer de ses promotions ou leur offrir un nouveau produit. DSF 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 DSF.

DSF 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 DSF en matière de transfert de renseignements personnels à l'extérieur du Canada en visitant le site Web de DSF, à l'adresse www.desjardinsassurancevie.com, ou en transmettant une demande à cette fin au Responsable de la protection des renseignements personnels de DSF, à l'adresse indiquée précédemment. Le Responsable de la protection des renseignements personnels de DSF pourra également répondre à vos questions concernant le transfert de renseignements personnels à des fournisseurs de services à l'extérieur du Canada.

■ 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 demandes de prestations, j'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF) 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, Inc., 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 sont pertinents 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 sur ma santé au MIB, Inc. 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

■ 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 puisqu'ils ont été portés à ma connaissance.

Signature du preneur de la police

Date

■ DIRECTIVES

✓ La personne assurée ou son représentant autorisé doit remplir la présente page avant de remettre tous les formulaires nécessaires à son médecin.

NOTE : 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 : _____ N° de police : _____

Adresse (n°, rue, appartement) : _____

Ville, province : _____ Code postal : _____

N° de téléphone (indicatif régional + n°) : _____ Date de naissance : _____ **a a a a - m m - j j**

Les frais exigés pour remplir cette demande sont assumés par la personne assurée

■ 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.

■ IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

Nom de la personne assurée : _____

Date de naissance : a a a a - m m - j j Sexe : M F N° de police : _____

■ 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 : a a a a - m m - j j

Diagnostic secondaire : _____ Début des symptômes : a a a a - m m - j j

Cause à l'origine des diagnostics (accident, tentative de suicide, médicaments, alcool, etc.) :

2. Quand a eu lieu la dernière visite du patient? _____

Quelle était la nature de sa dernière visite (trouble principal)? _____

■ ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

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? _____
5. Si vous êtes en mesure de fournir des renseignements supplémentaires sur la capacité du patient d'accomplir ces activités, veuillez les indiquer ci-dessous.
- _____
- _____
- _____

■ DÉFICIENCE COGNITIVE

À l'attention du médecin : Veuillez répondre aux questions 6, 7 et 8 en fonction de la définition suivante de « déficience cognitive ».

Déficience cognitive d'origine organique : 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 oui, veuillez indiquer le diagnostic : _____
- Date à laquelle cette déficience a débuté : a a a a - m m - j j
- Veuillez préciser les tests de diagnostic effectués :
1. _____
2. _____

7. Veuillez cocher une des cases suivantes pour préciser le degré de déficience cognitive du patient :
- Le patient ne souffre d'aucune déficience cognitive, telle qu'elle est définie ci-dessus.
- 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.
8. Si vous êtes en mesure de fournir des renseignements supplémentaires sur la capacité du patient d'accomplir ses activités, veuillez les indiquer ci-dessous.
- _____
- _____
- _____

■ IDENTIFICATION DU MÉDECIN

Nom du médecin ayant rempli le présent formulaire : _____

Numéro du permis d'exercer : _____

Adresse (n°, rue, bureau) : _____

Ville, province : _____ Code postal : _____

N° de téléphone (indicatif + rég. + n°) : _____ N° de télécopieur : (indicatif + rég. + n°) : _____

Veuillez indiquer si vous êtes le médecin traitant du patient ou un spécialiste :

Médecin traitant Spécialiste

 a a a a - m m - j j

Signature du médecin _____ Date _____

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.