



Nom de la personne invalide	Prénom	Date de naissance AAAA - MM - JJ
-----------------------------	--------	-------------------------------------

## B. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX (SUITE)

13. Décrivez brièvement vos activités journalières depuis votre invalidité :

---

14. Indiquez le nom et l'adresse du ou des médecins qui vous traitent ou vous ont traité pour votre invalidité :

---



---

15. Nom de votre médecin de famille : \_\_\_\_\_ Depuis quelle date ? AAAA - MM - JJ

16. Avez-vous consulté un médecin ou un professionnel de la santé ou été hospitalisé pour une ou des raisons médicales au cours des 5 dernières années précédant l'invalidité actuelle ?  Oui  Non Si oui, veuillez remplir le tableau :

Nom des médecins ou professionnels de la santé qui vous ont traité	Genre de maladies ou blessures	Dates des consultations	Nom des hôpitaux où vous avez été traité	Périodes d'hospitalisation
				du : _____ au : _____
				du : _____ au : _____

17. Avez-vous pris des médicaments au cours des 5 dernières années précédant l'invalidité actuelle ?  Oui  Non Si oui, veuillez remplir le tableau :

Maladies	Nom des médicaments	Périodes

18. a) Avez-vous déjà fumé la cigarette, le cigarillo, le cigare, la pipe ou la cigarette électronique ou fait usage de toute autre forme de tabac ou d'un substitut comme de la gomme ou des timbres de nicotine ou de médication antitabagique ?  Oui  Non

b) Quand avez-vous commencé à fumer ? AAAA - MM - JJ c) Quand avez-vous cessé de fumer ? AAAA - MM - JJ

d) Indiquez les périodes d'interruption

19. Si une autre demande pour la même maladie ou le même accident a été faite à Desjardins Assurances en vertu d'un autre contrat, indiquez :

Genre d'assurance : \_\_\_\_\_ N° de contrat, police, certificat ou attestation : \_\_\_\_\_

20. a) Avez-vous présenté une demande de prestations à un organisme gouvernemental ou à une autre compagnie ?



**Si oui, joindre l'avis d'acceptation ou de refus.**

	Oui	Non	Date de la demande	Votre demande a-t-elle été acceptée ?	Montant mensuel	Durée (si période limitée)
Régime de pension <input type="checkbox"/> fédéral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AAAA - MM - JJ	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> À l'étude		
<input type="checkbox"/> provincial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AAAA - MM - JJ	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> À l'étude		
<input type="checkbox"/> privé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AAAA - MM - JJ	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> À l'étude		
<input type="checkbox"/> Régime provincial d'assurance automobile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AAAA - MM - JJ	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> À l'étude		
<input type="checkbox"/> Régime provincial d'indemnisation des victimes d'accident du travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AAAA - MM - JJ	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> À l'étude		
<input type="checkbox"/> Tout autre régime gouvernemental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AAAA - MM - JJ	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> À l'étude		
Autre assurance : <input type="checkbox"/> individuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AAAA - MM - JJ	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> À l'étude		
<input type="checkbox"/> collective	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AAAA - MM - JJ	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> À l'étude		

Si vous avez répondu oui à un ou plusieurs des points ci-dessus, veuillez nous transmettre les informations suivantes : nom des organismes gouvernementaux qui administrent les régimes ou des compagnies d'assurance et numéros des contrats ou de référence :

b) Avez-vous d'autres sources de revenus  Oui  Non Montant par semaine :

Vacances  Congé de maternité  Congé de maladie  
 Salaire  Assurance-emploi  Montant forfaitaire  Autre :

c)  Je ne reçois pas et je ne prévois pas recevoir de prestations d'invalidité des sources de revenus énumérées ci-dessus. Toutefois, si je devais commencer à recevoir des prestations de ces sources de revenus, je m'engage à vous en informer.

Nom de la personne invalide	Prénom	Date de naissance AAAA-MM-JJ
-----------------------------	--------	---------------------------------

### C. DÉCLARATION

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

**Signature de la personne invalide** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

### D. ENGAGEMENT À REMBOURSER

Si j'ai droit à un montant pour mon invalidité de la part d'une autre compagnie d'assurance ou d'un organisme gouvernemental, je m'engage à rembourser à Desjardins Assurances, tout montant que cette dernière compagnie pourrait m'avoir payé en trop. Je ferai ce remboursement dès que je recevrai le ou les paiements de l'autre compagnie d'assurance ou de l'organisme gouvernemental. De plus, en cas de faillite, je m'engage à aviser Desjardins Assurances dès le début des procédures.

Une photocopie du présent engagement a la même valeur que l'original.

**Signature de la personne invalide** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

### E. AUTORISATION À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom et prénom de la personne invalide	Numéro de contrat	Date de naissance YYYY-MM-DD
---------------------------------------	-------------------	---------------------------------

Aux strictes fins de l'établissement de l'assurabilité, de la gestion du dossier et du règlement des demandes de prestations, j'autorise Desjardins Assurances ou ses réassureurs :

- 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 ;
- 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 ;
- 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 ;
- à communiquer à mon médecin personnel tout renseignement médical obtenu à mon sujet durant l'évaluation de mon dossier ;
- à communiquer à d'autres assureurs ou réassureurs tout renseignement à mon sujet qui est pertinent aux fins de la détermination de mon admissibilité à une assurance ou à des garanties ;
- à transmettre un bref rapport de mes renseignements personnels au MIB, Inc. y compris ceux sur ma santé.

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. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

**Signature de la personne invalide** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

Nom et prénom de la personne invalide	Numéro de contrat	Date de naissance YYYY-MM-DD
---------------------------------------	-------------------	---------------------------------

Aux strictes fins de l'établissement de l'assurabilité, de la gestion du dossier et du règlement des demandes de prestations, j'autorise Desjardins Assurances ou ses réassureurs :

- 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 ;
- 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 ;
- 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 ;
- à communiquer à mon médecin personnel tout renseignement médical obtenu à mon sujet durant l'évaluation de mon dossier ;
- à communiquer à d'autres assureurs ou réassureurs tout renseignement à mon sujet qui est pertinent aux fins de la détermination de mon admissibilité à une assurance ou à des garanties ;
- à transmettre un bref rapport de mes renseignements personnels au MIB, Inc. y compris ceux sur ma santé.

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. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

**Signature de la personne invalide** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_