

**— À LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE REMPLIR LE FORMULAIRE**

**Les maladies pour lesquelles l'assuré détient une couverture sont énoncées dans la brochure explicative ou au contrat; veuillez vous y référer. La présente déclaration doit être remplie par l'assuré. Si l'assuré n'est pas en mesure de le faire, celle-ci peut être remplie par le représentant légal ou le mandataire de l'assuré. Veuillez faire remplir le formulaire 17026 par le médecin traitant.**

**A - IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ - Veuillez écrire en lettres majuscules**

Nom de famille usuel de l'assuré		Nom de famille à la naissance		Prénom		Date de naissance <b>AAAA-MM-JJ</b>	
Adresse - N°, rue			Ville		Province		Code postal
N°s de téléphone		Rés. : <b>Indicatif régional + numéro</b>		Travail : <b>Indicatif régional + numéro</b>		Poste	
Nom du preneur ou assuré principal				N° de contrat		RÉSERVÉ	
						N° de représentant	
						N° C.F. ou CAAP	

**Si la demande est faite pour une personne à charge, veuillez remplir également cette section :**

Nom de famille de la personne à charge		Prénom		Date de naissance <b>AAAA-MM-JJ</b>		
Lien de parenté avec l'assuré						
Adresse - N°, rue		Cochez si même que l'assuré : <input type="checkbox"/>		Ville		
			Province		Code postal	
N°s de téléphone		Rés. : <b>Indicatif régional + numéro</b>		Travail : <b>Indicatif régional + numéro</b>		Poste

**B - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE QUI SOUFFRE DE LA MALADIE GRAVE**

1. Nature de la maladie				
2. a) Quand les symptômes de cette maladie se sont-ils manifestés pour la 1 <sup>re</sup> fois? <b>AAAA-MM-JJ</b>		b) Quand cette personne a-t-elle, pour la 1 <sup>re</sup> fois, consulté un médecin pour cette maladie? <b>AAAA-MM-JJ</b>		c) Quand a-t-elle été informée pour la 1 <sup>re</sup> fois de cette maladie? <b>AAAA-MM-JJ</b>
3. a) Nom et adresse de son médecin de famille			b) Depuis quand? <b>AAAA-MM-JJ</b>	
c) Nom et adresse des médecins consultés pour cette maladie _____				
d) Nom et adresse des hôpitaux où elle a reçu des traitements pour cette maladie _____				
4. Cette personne a-t-elle consulté un médecin ou un professionnel de la santé ou été hospitalisée pour une ou des raisons médicales au cours des 2 dernières années précédant la maladie actuelle? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>Si oui, veuillez remplir le tableau :</b>				
<b>Nom des médecins ou professionnels de la santé qui l'ont traitée</b>	<b>Genre de maladies ou blessures</b>	<b>Dates des consultations</b>	<b>Nom des hôpitaux où elle a été traitée</b>	<b>Périodes d'hospitalisation</b>
5. A-t-elle pris des médicaments au cours des 2 dernières années précédant la maladie actuelle? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>Si oui, veuillez remplir le tableau :</b>				
<b>Maladies</b>	<b>Nom des médicaments</b>		<b>Périodes</b>	
			DU :	AU :
			DU :	AU :
			DU :	AU :
6. Cette personne fume-t-elle la cigarette, le cigarillo, le cigare, la pipe ou fait-elle usage de toute autre forme de tabac ou d'un substitut comme de la gomme ou un timbre de nicotine? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
7. A-t-elle déjà fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>Si oui, date de cessation : <b>AAAA-MM-JJ</b></b>				
8. Des membres de sa famille (conjoint, fils, fille, père, mère, frère, soeur, grand-père, grand-mère, oncle, tante) souffrent-ils ou ont-ils déjà souffert de la même maladie ou d'une maladie semblable? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>Si oui, veuillez remplir le tableau :</b>				
<b>Nom du membre de la famille</b>	<b>Lien de parenté</b>	<b>Maladies</b>	<b>Âge au début de la maladie</b>	<b>Âge si vivant</b>

**DÉCLARATION - Je certifie que les réponses ci-dessus sont complètes et véridiques.**

<b>SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI SOUFFRE DE LA MALADIE GRAVE</b> <b>X</b>		<b>DATE</b>	
Si le formulaire a été rempli par le représentant légal ou le mandataire de l'assuré :			
<b>VOTRE SIGNATURE</b> <b>X</b>		<b>VOTRE NOM EN LETTRES MAJUSCULES</b>	
<b>VOTRE LIEN DE PARENTÉ AVEC L'ASSURÉ</b>		<b>DATE</b>	

**C - 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 (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. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

<b>SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI SOUFFRE DE LA MALADIE GRAVE (14 ANS OU PLUS)</b>		<b>DATE</b>	
<b>OU DU REPRÉSENTANT LÉGAL OU DU MANDATAIRE</b> <b>X</b>			
<b>ET SIGNATURE DU PÈRE, MÈRE OU TUTEUR SI CETTE PERSONNE EST MINEURE</b> <b>X</b>			

## **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](http://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.