

Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

**Identification de l'assuré**

Nom		Date de naissance
Prénom	Numéro de contrat	Numéro du prestataire

 Vous devez fournir une réponse complète à toutes les questions pour que nous puissions traiter votre demande

**Renseignements généraux**

1. Date des premiers symptômes relatifs à votre invalidité actuelle  AAAA - MM - JJ	2. Date de la première consultation médicale pour cette maladie ou cet accident  AAAA - MM - JJ
3. S'agit-il d'un accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez : Type d'accident : <input type="checkbox"/> de travail <input type="checkbox"/> de véhicule automobile <input type="checkbox"/> autre Date de l'accident : AAAA - MM - JJ Précisez où et comment cet accident est survenu : _____	

4. Au cours des 2 années précédant votre invalidité actuelle, avez-vous consulté un médecin ou un professionnel de la santé ou été hospitalisé?  
 Oui  Non Si oui, veuillez remplir le tableau suivant :

Nom des médecins ou des professionnels consultés	Raisons médicales	Dates des consultations	Nom des hôpitaux où vous avez été traité	Périodes d'hospitalisation
		AAAA - MM - JJ		du : AAAA - MM - JJ au : AAAA - MM - JJ
		AAAA - MM - JJ		du : AAAA - MM - JJ au : AAAA - MM - JJ
		AAAA - MM - JJ		du : AAAA - MM - JJ au : AAAA - MM - JJ

5. Au cours des 2 années précédant votre invalidité actuelle, avez-vous pris des médicaments?  Oui  Non Si oui, veuillez remplir le tableau suivant :

Raisons médicales	Nom des médicaments	Périodes
		du : AAAA - MM - JJ au : AAAA - MM - JJ
		du : AAAA - MM - JJ au : AAAA - MM - JJ

6. Avez-vous un médecin de famille?  Oui  Non  
Si oui, précisez : Son nom : \_\_\_\_\_ Depuis quand : AAAA - MM - JJ

7. Avez-vous présenté une demande de prestations à un organisme gouvernemental ou à une autre compagnie?  Oui  Non Si oui, précisez :  
 CNESST/WSIB/WCB  Retraite Québec/CPD  SAAQ  
 Compagnie d'assurance Précisez le nom : \_\_\_\_\_  
 Autre (p. ex. : « chômage maladie ») Numéro de dossier, contrat ou certificat : \_\_\_\_\_

8a. Êtes-vous :  un salarié  un travailleur autonome  
 autre veuillez préciser (congé de maternité, retraite, sans emploi, etc.) : \_\_\_\_\_

8b. Quel est votre niveau de scolarité? \_\_\_\_\_

 Si vous êtes un salarié ou un travailleur autonome, veuillez répondre aux questions de la section suivante.

**DÉCLARATION DE L'ASSURÉ** – Je déclare que toutes les réponses données ci-dessus sont complètes et véridiques.

Signature de l'assuré \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
N° de téléphone à 10 chiffres (Domicile) \_\_\_\_\_ N° de téléphone à 10 chiffres (Cellulaire) \_\_\_\_\_

Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

**Identification de l'assuré**

Nom		Date de naissance
Prénom	Numéro de contrat	Numéro du prestataire

 Vous devez fournir une réponse complète à toutes les questions pour que nous puissions traiter votre demande

**Déclaration du salarié ou du travailleur autonome**

9.1 Date d'entrée en service : <b>AAAA - MM - JJ</b>		9.2 Date du dernier jour complet de travail : <b>AAAA - MM - JJ</b>	
9.3 Titre de l'emploi :			
9.4 Salaire :			
9.5 Quelles sont les tâches principales de votre emploi et combien de temps consacrez-vous à chacune d'entre elles par semaine :			
<b>Tâche</b>		<b>%</b>	<b>Tâche</b>
9.6 Détaillez le nombre d'heures travaillées au cours de chacune des 4 semaines précédant le début de l'invalidité :			
<b>Périodes</b>		<b>Nombre d'heures</b>	<b>Expliquez les périodes de moins de 20 heures (p. ex. vacances, congés, maladie, etc.)</b>
du : <b>AAAA - MM - JJ</b>	au : <b>AAAA - MM - JJ</b>		
du : <b>AAAA - MM - JJ</b>	au : <b>AAAA - MM - JJ</b>		
du : <b>AAAA - MM - JJ</b>	au : <b>AAAA - MM - JJ</b>		
du : <b>AAAA - MM - JJ</b>	au : <b>AAAA - MM - JJ</b>		
9.7 Êtes-vous retourné au travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, à quelle date? <b>AAAA - MM - JJ</b>		9.8 Êtes-vous retourné aux études? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, à quelle date? <b>AAAA - MM - JJ</b>	
Type de retour : <input type="checkbox"/> progressif <input type="checkbox"/> temps plein <input type="checkbox"/> temps partiel <input type="checkbox"/> assignation temporaire		Nombre d'heures de cours par semaine : _____	
9.9. Au cours des 2 années précédant votre invalidité actuelle, vous êtes-vous absenté du travail en raison d'une maladie ou d'un accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez :			
<b>Date de l'absence</b>		<b>Raison</b>	
du : <b>AAAA - MM - JJ</b>	au : <b>AAAA - MM - JJ</b>		
9.10 Nom de l'employeur		N° de téléphone	N° de télécopieur
		<b>ind. régional + n°</b>	<b>ind. régional + n°</b>
Adresse - Numéro, rue		Ville	Province
			Code postal
Nom de la personne responsable du dossier		Fonction	
Adresse courriel			

**DÉCLARATION DU SALARIÉ OU DU TRAVAILLEUR AUTONOME** – Je déclare que toutes les réponses données ci-dessus sont complètes et véridiques.

Signature de l'assuré \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_