



**DEMANDE DE PRESTATION POUR UNE PERTE
ACCIDENTELLE DE MEMBRES OU DE LA VUE**

Nous ne pourrons donner suite à cette demande de prestation que si une réponse satisfaisante est fournie à toutes les questions.

- Veuillez remplir les sections dans lesquelles des réponses vous sont demandées et faire remplir le formulaire Demande de prestation – Déclaration de l'employeur (n° 12123F).

Pour nous joindre: 1 877 938-8191

A. Information concernant la personne assurée

1- Nom		2- Prénom	
3- Adresse - N°, rue		Ville	Province
		Code postal	
4- N°s de téléphone	Résidence: Ind. régional + N°	Travail: Ind. régional + N°	Poste:
5- Employeur de l'assuré principal	N° de contrat/groupe	N° de compte/division	N° d'identification de l'assuré
6- Nom de famille de la <u>personne blessée</u> (si autre que l'assuré)		7- Prénom	
8- Adresse - N°, rue		Ville	Province
		Code postal	
9- N°s de téléphone	Résidence: Ind. régional + N°	Travail: Ind. régional + N°	Poste:

B. Enfant assuré - S'il est âgé de 18 à 25 ans inclusivement ou de 21 à 25 ans inclusivement (selon le contrat)

Est-il étudiant à plein temps? Oui Non Si Oui, nom et adresse de l'établissement fréquenté:

C. Détails de l'accident

1 - Date de l'accident: AAAA - MM - JJ	2 - La personne blessée était-elle: <input type="checkbox"/> le conducteur <input type="checkbox"/> un passager
3 - S'agit-il: <input type="checkbox"/> d'un accident de travail <input type="checkbox"/> d'une maladie professionnelle	
<input type="checkbox"/> d'un accident de véhicule moteur <input type="checkbox"/> autre, précisez:	
4 - Brève description de l'accident	
<hr/>	

D. Description des blessures

1 - Brève description des blessures	
<hr/>	
2 - La personne blessée a-t-elle subi une intervention chirurgicale? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si Oui, précisez:	
Nature de l'intervention:	Date de l'intervention: AAAA - MM - JJ

E. Déclaration de l'assuré

DÉPÔT DIRECT - Si vous désirez obtenir le dépôt direct des demandes de prestations, remplir cette section et joindre un spécimen de chèque portant la mention «ANNULÉ».	N° d'identification (transit)	N° de compte
DÉCLARATION - Je déclare que toutes les réponses données sont complètes et véridiques. Je reconnais avoir pris connaissance de l'avis relatif à la gestion des renseignements personnels au verso du présent formulaire.		
Signature de l'assuré	Date	AAAA - MM - JJ

F. 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.

Signature de la personne blessée (14 ans ou plus) _____ Date _____ AAAA - MM - JJ

ET Signature du père, mère ou tuteur si cette personne est mineure

SECTION QUE L'ASSURÉ DOIT REMPLIR

A. Information concernant la personne blessée

1 - Nom de famille	2 - Prénom	3 - Date de naissance AAAA - MM - JJ
--------------------	------------	---

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 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 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.

SECTION QUE LE MÉDECIN DOIT REMPLIR

C. Renseignements généraux

1 - Date de l'accident: AAAA - MM - JJ			
2 - S'il y a perte d'usage, est-elle totale et définitive? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
3 - La perte totale et définitive est-elle survenue dans les 365 jours qui ont suivi l'accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
4 - S'agit-il: <input type="checkbox"/> d'un accident de travail <input type="checkbox"/> d'une maladie professionnelle <input type="checkbox"/> d'un accident de véhicule moteur <input type="checkbox"/> autre, précisez:			
5 - Description de la perte – Mentionnez aussi le code C.I.M.			
6 - S'il y a mutilation ou perte de l'usage, indiquez le niveau de l'amputation ou le % de la perte de l'usage		Date AAAA - MM - JJ	
7 - Perte de la vue lors du dernier examen, en date du: AAAA - MM - JJ		8 - La perte de l'usage est-elle le résultat direct de l'accident et indépendamment de toute autre cause? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si Non, veuillez expliquer: _____ _____ _____	
a) Acuité visuelle	Oeil gauche		Oeil droit
b) Acuité avec verres			
c) La vision peut être entièrement ou partiellement corrigée par:	<input type="checkbox"/> Verres <input type="checkbox"/> Traitements <input type="checkbox"/> Opération <input type="checkbox"/> Aucun moyen		<input type="checkbox"/> Verres <input type="checkbox"/> Traitements <input type="checkbox"/> Opération <input type="checkbox"/> Aucun moyen
9 - Au moment de l'accident, l'assuré avait-il absorbé des médicaments? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non des stupéfiants? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non de l'alcool? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si Oui, nous fournir les résultats des tests.			
10 - Autres médecins traitants			
Nom	Adresse	Date	
_____	_____	_____	
Nom	Adresse	Date	
_____	_____	_____	
Nom	Adresse	Date	
_____	_____	_____	
11 - Hôpitaux ou autres institutions qui l'ont traitée			
Nom	Adresse	Date	
_____	_____	_____	
Nom	Adresse	Date	
_____	_____	_____	
Nom	Adresse	Date	
_____	_____	_____	
12 - Commentaires			

D. Identification du médecin

Nom, prénom: _____	N° de téléphone: Ind. régional + N° _____
N° de permis d'exercer: _____	N° de télécopieur: Ind. régional + N° _____
<input type="checkbox"/> Omnipraticien <input type="checkbox"/> Spécialiste Précisez: _____	
Signature: _____	Date: AAAA - MM - JJ _____

