



Desjardins

Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

RAPPORT D'ASSURABILITÉ

ASSURANCE COLLECTIVE

C.P. 3000
Lévis (Québec) G6V 9X8

IMPORTANT

Avant de transmettre votre rapport d'assurabilité :

- **brocher une copie de la demande d'assurance ou d'adhésion;**
- **conserver une copie du rapport d'assurabilité une fois qu'il aura été rempli (incluant les textes Gestion des renseignements personnels et Avis relatif au MIB, inc.).**

N° contrat ou groupe

N° compte ou division

Prénom, nom et adresse de l'adhérent		Nom et adresse de l'employeur	
Obligatoire			
Code postal		Code postal	
Lieu de naissance (province, état, pays)	N° de certificat — —	Profession	Numéros de téléphone Rés. : Ind. régional + n° Travail : Ind. régional + n°
Travaillez-vous actuellement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, nombre d'heures par semaine – Si non, indiquez pourquoi	

	Prénom	Nom	Sexe	Date de naissance	Taille	Poids	Poids il y a un an	Cause de la variation de poids (s'il y a lieu)
Adhérent			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	JJ/MM/AAAA				
Conjoint			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	JJ/MM/AAAA				
Enfants			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	JJ/MM/AAAA				
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	JJ/MM/AAAA				
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	JJ/MM/AAAA				

SECTION 1**CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE DANS TOUS LES CAS****ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX**

Adhérent	Âge si vivant	Âge au décès	État de santé ou cause du décès	Conjoint	Âge si vivant	Âge au décès	État de santé ou cause du décès
Père				Père			
Mère				Mère			
N ^{bre} de frères <input type="checkbox"/>				N ^{bre} de frères <input type="checkbox"/>			
N ^{bre} de sœurs <input type="checkbox"/>				N ^{bre} de sœurs <input type="checkbox"/>			

QUESTIONNAIRE (à remplir dans tous les cas)

	Adhérent		Conjoint					
	Oui	Non	Oui	Non				
1. Au cours des 10 dernières années, avez-vous eu une demande d'assurance refusée, modifiée ou acceptée avec une exclusion ou une surprime?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2. Au cours des 5 dernières années, avez-vous fait l'objet d'une suspension ou d'un retrait de permis de conduire? Si oui, indiquez les dates, la raison.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait usage de tabac sous une forme quelconque, incluant la cigarette électronique ou autre substitut de tabac?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
4. Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé ou prenez-vous des médicaments?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
5. Prévoyez-vous consulter un médecin ou un autre professionnel de la santé ou subir une opération?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
6. Avez-vous déjà souffert d'une infirmité, d'une malformation ou d'une autre maladie physique, nerveuse ou mentale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
7. Avez-vous déjà subi un électrocardiogramme, une radiographie, une mammographie, une colonoscopie, des analyses du sang ou d'autres examens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
8. Avez-vous déjà subi ou été avisé que vous deviez subir des analyses de laboratoire afin de détecter la présence du virus du SIDA ou d'anticorps au virus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
9. Vous a-t-on déjà recommandé une diète, des médicaments, un traitement ou une opération?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
10. Avez-vous déjà été traité dans un hôpital, une clinique ou un centre de réadaptation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
11. Avez-vous déjà demandé ou reçu des prestations d'invalidité ou été absent du travail pendant plus de 10 jours consécutifs en raison d'une maladie ou d'un accident?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
12. Avez-vous déjà été traité pour alcoolisme ou toxicomanie ou vous a-t-on déjà recommandé de diminuer votre consommation d'alcool ou de drogue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
13. Avez-vous déjà obtenu des résultats de tests diagnostiques présentant des anomalies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
14. Avez-vous déjà ressenti des symptômes pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un professionnel de la santé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
15. Avez-vous déjà consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé pour tout trouble physique ou mental non mentionné ci-dessus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
16. Y a-t-il un des enfants à assurer qui souffre ou a déjà souffert de troubles cardiaques, pulmonaires, neurologiques ou mentaux, d'un cancer ou du diabète, ou encore pour lequel une demande d'assurance a déjà été refusée, acceptée avec surprime, modifiée ou ajournée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non							
17. Quelle est votre consommation hebdomadaire de :	Adhérent	tabac	boissons alcooliques	narcotiques ou drogues	Conjoint	tabac	boissons alcooliques	narcotiques ou drogues

EXPLIQUEZ LES RÉPONSES « OUI »

Question n°	Prénoms	Maladies - opérations - accidents - consultations examens - traitements - nom des médicaments - résultats	Date	Durée		Nom et adresse des médecins - hôpitaux
				Maladie	Hosp.	

Utilisez une feuille supplémentaire au besoin.

POUR SIGNATURES VOIR SECTION 3

SECTION 2

CETTE SECTION DOIT AUSSI ÊTRE REMPLIE LORSQUE LA GARANTIE « MALADIES GRAVES » EST DEMANDÉE

1. Avez-vous souffert ou vous a-t-on dit que vous souffriez des troubles suivants ou avez-vous été traité pour :

	Adhèrent		Conjoint	
	Oui	Non	Oui	Non
a. hypertension, crise cardiaque, angine, douleurs à la poitrine, ECG anormal, hypercholestérolémie, souffle au coeur, maladie vasculaire périphérique, étourdissements, accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire, ou tout autre trouble du coeur, des vaisseaux sanguins ou du système circulatoire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. cancer, tumeur, polypes ou autre excroissance, toute maladie de la peau, du sang, des ganglions lymphatiques ou tout autre type d'affection maligne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. diabète, troubles de la glande thyroïde, ou d'autres glandes, anémie ou d'autres anomalies sanguines, hépatite ou infection inapparente d'hépatite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. trouble du nez ou de la gorge, asthme, bronchite, emphysème ou autres problèmes chroniques des poumons ou des voies respiratoires?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. tout trouble de l'estomac, des intestins ou du colon, du rectum, du foie ou du pancréas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. arthrite, toute forme de lupus, toute maladie des os, des articulations ou des muscles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. épilepsie, convulsions, céphalées, paralysie, coma, sclérose en plaques, tremblements, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer, faiblesse des muscles, dystrophie musculaire, maladie du neurone moteur ou tout autre trouble neurologique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. anxiété, dépression, fatigue chronique, ou autres troubles mentaux ou nerveux?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. toute maladie ou affection des reins, de la vessie, de la prostate, des seins ou de l'appareil génito-urinaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. SIDA, résultat positif suivant un test du VIH ou tout autre désordre ou infection immunologique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. perte de la parole ou troubles des oreilles ou des yeux (à l'exclusion de la myopie ou de la presbytie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. perte de l'ouïe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DÉTAILS DES RÉPONSES AFFIRMATIVES À LA QUESTION 1

Question n°	Prénoms	Genre de trouble	Durée et dates	Résultats	Nom et adresse du médecin traitant

Utilisez une feuille supplémentaire au besoin.

2. Y a-t-il dans votre famille (père, mère, frères, soeurs) des antécédents de maladie cardiaque, d'accident vasculaire cérébral, de cholestérol élevé, d'hypertension, de diabète, de maladie des reins, de sclérose en plaques, de chorée d'Huntington, de polyposse du colon, de cancer, d'Alzheimer, de Parkinson, de dystrophie musculaire, de maladie des neurones-moteurs ou d'autres maladies héréditaires? Oui Non Si oui, veuillez remplir le tableau ci-dessous. Pour cancer, précisez le type et la localisation.

Cochez le membre de la famille					Maladie(s) (si cancer : type et location)	Âge au début de la maladie	Âge si vivant	Âge au décès
Adhèrent	Père	Mère	Frère	Soeur				
Conjoint	Père	Mère	Frère	Soeur				
	Père	Mère	Frère	Soeur				
Enfants	Père	Mère	Frère	Soeur				
	Père	Mère	Frère	Soeur				

SECTION 3

DÉCLARATION ET 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 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. Je déclare que les réponses ci-dessus sont complètes et véridiques et j'accepte qu'elles fassent partie intégrante de ma demande d'assurance. Je reconnais avoir pris connaissance de l'avis relatif à la gestion des renseignements personnels ainsi que de l'avis relatif au MIB, Inc. et en avoir reçu une copie. L'assurance entrera en vigueur à la date prévue au contrat. Toute fausse déclaration peut entraîner l'annulation de l'assurance. Si le directeur médical de Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie le juge à propos, je l'autorise à transmettre les renseignements obtenus au titre de l'étude de ma demande d'assurance ou la raison qui supporte la décision de la compagnie, à :

Nom et adresse du médecin _____

Signature de l'adhérent _____

Signature du conjoint _____

Signature du témoin _____

Date _____

Signature des enfants à charge à assurer de 16 ans et plus (14 ans pour le Québec) _____

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 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 l'adhérent _____

Signature du conjoint _____

Signature du témoin _____

Date _____

Signature des enfants à charge à assurer de 16 ans et plus (14 ans pour le Québec) _____

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.

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.

AVIS RELATIF AU MIB, INC.

Les renseignements relatifs à l'assurabilité de la personne à assurer seront traités en toute confidentialité par Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF), ses réassureurs ainsi que le MIB, Inc. Cet organisme sans but lucratif formé de compagnies d'assurance permet l'échange de renseignements entre ses membres. Si vous présentez une demande d'assurance de personnes ou si vous faites une demande de prestations pour un assuré auprès d'une autre compagnie membre du MIB, Inc., ce dernier lui fournira, à sa demande, les renseignements qu'il détient sur cette personne.

Le MIB, Inc. reçoit des renseignements personnels dont la collecte, l'utilisation et la divulgation sont régies par la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (LPRPDE) et les lois provinciales. Par conséquent, le MIB, Inc. consent à protéger ces renseignements d'une manière qui s'aligne nettement sur les pratiques de DSF en matière de respect de la vie privée et de protection des renseignements personnels et qui se conforme aux lois applicables. Ayant son siège social aux États-Unis, le MIB, Inc. est aussi lié par les lois des États-Unis en matière de divulgation des renseignements personnels. Si vous avez des questions sur l'engagement du MIB, Inc. à assurer la confidentialité des renseignements personnels d'un assuré, vous pouvez joindre son Service de protection de la vie privée à l'adresse privacy@mib.com.

À la réception d'une demande d'un assuré, le MIB, Inc. lui communiquera tous les renseignements contenus dans son dossier. Tout assuré peut communiquer avec le MIB, Inc. en composant le 416 597-0590. Si un assuré remet en question l'exactitude de ces renseignements, il pourra demander leur correction conformément aux procédures figurant sur le site du MIB, Inc., à l'adresse www.mib.com (en anglais seulement). Tout assuré peut aussi écrire au bureau des renseignements du MIB, Inc. au 330 University Avenue, Suite 501, Toronto, Ontario, M5G 1R7.

Par ailleurs, DSF ou ses réassureurs peuvent également transmettre des renseignements tirés de leurs dossiers à d'autres compagnies d'assurance de personnes auxquelles une personne aurait demandé une assurance de personnes ou présenté une demande de prestations. Les consommateurs peuvent obtenir des renseignements supplémentaires sur le MIB, Inc. en visitant le site www.mib.com.