

**CONFIRMATION DE LA DÉFICIENCE
FONCTIONNELLE D'UN ENFANT À CHARGE****IDENTIFICATION**

Nom et prénom de l'adhérent

Numéro de police ou de groupe ou de contrat

Numéro de certificat

Nom et prénom de l'enfant à charge

Sexe

 M F

Date de naissance de l'enfant à charge

AAAA

MM

JJ

Est-ce que l'enfant demeure avec vous?

 Oui NonSi non, avec qui
demeure-t-il?

Nom de la personne avec qui il demeure

N°, rue, appartement

Ville

Province

Code postal

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX - À remplir par l'adhérent.

1. Veuillez décrire la déficience fonctionnelle de l'enfant :

2. Date du début de la déficience fonctionnelle :

AAAA

MM

JJ

3. Veuillez décrire l'expérience de travail de l'enfant :

Veuillez décrire les limitations empêchant l'enfant d'occuper un emploi rémunéré :

4. L'enfant est-il admissible à une aide gouvernementale en raison de sa déficience fonctionnelle? Oui Non

Si une demande a été présentée à cet égard, veuillez indiquer la décision (approbation ou refus) et nous fournir une copie de tous les documents soumis au gouvernement et reçus de celui-ci :

DÉCLARATION ET AUTORISATION À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

J'atteste que les déclarations faites sur le présent formulaire sont exactes et complètes. Je reconnais avoir pris connaissance de la section Gestion des renseignements personnels au verso du présent formulaire. Aux strictes fins de la gestion du dossier et du règlement de la présente demande de prestations, j'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, ci-après nommée Desjardins Assurances : 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, ou de compagnies d'assurance; b) à ne communiquer auxdites personnes ou organismes que les seuls renseignements personnels qu'elle détient à mon sujet et qui sont nécessaires à l'objet du dossier; c) 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. Le présent consentement 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 :

Date :

VEUILLEZ FAIRE REMPLIR LE VERSO PAR LE MÉDECIN TRAITANT DE L'ENFANT.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX - À remplir par le médecin traitant.1. Diagnostic clinique : Permanent Temporaire

2. Veuillez indiquer la nature et le degré de la déficience fonctionnelle physique ou mentale :

3. Date à laquelle le diagnostic a été posé : AAAA MM JJ

4. Dans quelle mesure sa déficience fonctionnelle physique ou mentale empêche-t-elle l'enfant d'exercer ses activités quotidiennes normales?

5. Quel type de travail l'enfant peut-il accomplir?

6. Précisez les périodes au cours desquelles l'enfant a été incapable de travailler ou de fréquenter l'école à temps plein en raison de sa déficience fonctionnelle :

Période n° 1 : Du AAAA MM JJ _____ Au AAAA MM JJ _____ Période n° 2 : Du AAAA MM JJ _____ Au AAAA MM JJ _____

Période n° 3 : Du AAAA MM JJ _____ Au AAAA MM JJ _____ Période n° 4 : Du AAAA MM JJ _____ Au AAAA MM JJ _____

7. Quel est votre pronostic relatif à la déficience fonctionnelle de l'enfant?

IDENTIFICATION DU MÉDECIN TRAITANT - À remplir par le médecin traitant.

Nom et prénom du médecin traitant			Numéro de permis d'exercer		
N°, rue, bureau		Ville		Province	
Code postal					
Numéro de téléphone ()		Numéro de télécopieur ()		Adresse électronique	

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

Signature du médecin traitant :

Date :

GESTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Desjardins Assurances traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. Desjardins Assurances conserve ces renseignements dans un dossier afin de vous faire bénéficier des services d'assurance collective qu'elle offre. Ces renseignements ne sont consultés que par les employés de Desjardins Assurances qui en ont besoin pour leur travail. Desjardins Assurances peut faire une compilation de renseignements rendus anonymes à des fins statistiques et d'information. Desjardins Assurances peut aussi communiquer avec ses assurés à des fins de gestion optimale de leur santé. 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 Assurances, 200, rue des Commandeurs, Lévis, Québec, G6V 6R2. Desjardins Assurances 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 une telle offre, 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 Desjardins Assurances.