

Numéro de contrat (numéro de référence)

Identification du preneur

Nom		Prénom	
Adresse – N°, rue, app.		Ville	Province ou territoire
			Code postal
Numéro de téléphone à 10 chiffres (résidence)		Numéro de téléphone à 10 chiffres (travail)	

Section à remplir et signer par le preneur – Veuillez aussi signer ce formulaire à la page suivante

Vous demandez la tarification de non-fumeur pour la personne assurée : _____
Nom de la personne assurée (en caractères d'imprimerie)

X _____
Signature du preneur Date (AAAA-MM-JJ)

Déclaration à signer par la personne assurée – Veuillez aussi signer à la page suivante

Vous déclarez :

- n'avoir fait aucun usage du tabac sous une forme quelconque (cigarette, cigare, cigarillo, cigarette électronique, pipe, timbre, gomme ou médication pour arrêter de fumer) au cours des 12 derniers mois,
- que les renseignements fournis dans ce formulaire sont complets et véridiques et acceptez qu'ils fassent partie intégrante de votre dossier.

X _____
Signature de la personne assurée Date (AAAA-MM-JJ)

Consentement lié à la gestion de vos renseignements personnels par le Mouvement Desjardins

Ce consentement concerne le preneur et la personne assurée.

1. Gestion de vos renseignements personnels

Pour vous servir au quotidien et pour respecter nos obligations légales, nous devons recueillir, utiliser et partager des renseignements personnels à votre sujet. Pour plus de détails, consultez la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins au www.desjardins.com/politique-confidentialite.

Des consentements spécifiques pour assurer la réalisation et la continuité du service chez Desjardins Assurances peuvent vous être demandés. Ces démarches seront entreprises dans le respect de la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins.

Desjardins Assurances traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. Vos renseignements ne sont consultés que par les employés qui doivent y accéder pour exécuter leurs tâches.

2. Vos droits

Vous avez le droit :

- de consulter les renseignements personnels que le Mouvement Desjardins détient à votre sujet
- de faire corriger tout renseignement incomplet, ambigu ou non pertinent

Pour savoir comment faire, consultez la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins.

3. Collecte ou transfert de vos renseignements personnels à l'extérieur du Canada

Desjardins Assurances 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 recueillis et/ou transférés dans un autre pays et qu'ils soient soumis aux lois de ce pays.

Vous pouvez trouver l'information sur nos politiques et pratiques en matière de collecte et de transfert de renseignements personnels à l'extérieur du Canada en consultant la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins. Vous pouvez aussi obtenir cette information ou poser toute question à ce sujet en communiquant avec nous au 1 800 463-7870.

En signant ce formulaire :

- vous reconnaissez avoir pris connaissance de la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins, que vous pouvez consulter au www.desjardins.com/politique-confidentialite,
- vous autorisez le Mouvement Desjardins à recueillir, à utiliser et à partager des renseignements personnels selon les conditions décrites dans cette politique et la réglementation applicable,
- vous comprenez et acceptez que le présent consentement a préséance sur tout autre consentement que vous avez signé par le passé,
- vous comprenez que le présent consentement sera valide aussi longtemps que vous aurez une relation d'affaires avec une composante du Mouvement Desjardins.

Signatures



X

Signature du preneur

Date (AAAA-MM-JJ)

X

Signature de la personne assurée

Date (AAAA-MM-JJ)

Retourner le formulaire original à : Assurance mieux-être **par télécopieur** au 1 866 301-7131 ou **par la poste** au 200, rue des Commandeurs, Lévis, Québec, G6V 6R2