



Pour soumettre en ligne

desjardinsassurancevie.com/envoi

Remplissez et enregistrez au préalable votre formulaire.
Conservez les originaux pour vos dossiers.



Par courrier

PO Box 1203 STN A
Toronto ON M5W 1G6

Expédiez les originaux et conservez
les copies pour vos dossiers.



Par télécopieur

416 926-0697
1 844 409-6571 (sans frais)

Conservez les originaux pour vos dossiers.

Pour nous joindre : 416 926-2990 ou 1 800 263-1810 (sans frais)



ASSURANCE COLLECTIVE – RÈGLEMENTS D'ASSURANCE SALAIRE

DEMANDE DE PRESTATIONS D'ASSURANCE INVALIDITÉ OU D'EXONÉRATION DES PRIMES

DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ

Le versement de votre prestation d'assurance invalidité se fera **uniquement** par dépôt direct.
Veuillez joindre un chèque spécimen portant la mention « ANNULÉ ».

A. IDENTIFICATION

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

Nom et prénom de l'employé		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Date de naissance AAAA MM JJ	
Adresse – N°, rue, app.		Ville		Province Code postal	
N° de police ou groupe ou contrat	N° de compte	N° de certificat ou d'identification	N° d'assurance sociale ¹		
N° de téléphone (obligatoire) :		<input type="checkbox"/> J'autorise Desjardins Sécurité financière, ci-après nommée Desjardins Assurances, à laisser des messages concernant mon présent dossier d'invalidité sur ma boîte vocale.			
Adresse de courriel ² :					

1. Votre numéro d'assurance sociale est nécessaire seulement si vos prestations d'assurance invalidité sont imposables. Veuillez vous informer auprès de votre employeur.
2. Veuillez fournir cette information seulement si vous autorisez Desjardins Assurances à communiquer avec vous par courriel.

B. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

- 1 Formation :
 Scolarité :
 Expériences de travail :
 Langue parlée : Français Anglais Langue écrite : Français Anglais
- 2 L'invalidité est-elle due à un accident?
 Oui Non Si oui, date de l'accident : AAAA MM JJ Heure : AM PM Type d'accident : De travail De véhicule automobile Autre
 Veuillez préciser l'endroit et la manière dont l'accident est survenu :

- 3 Avant de devenir invalide, avez-vous été traité pour la maladie ou la blessure ayant causé cette invalidité? Oui Non
 Si oui, veuillez donner les détails incluant les noms, adresses et numéros de téléphone de tous les médecins et spécialistes qui vous ont traité :

- 4 Noms, adresses et numéros de téléphone des médecins et spécialistes qui vous ont traité durant votre invalidité :

Veuillez remplir le verso du formulaire.

B. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX (SUITE)

5 Si vous possédez une assurance prévoyant une protection en cas d'accident ou de maladie par l'intermédiaire d'un syndicat, d'une société, d'un créancier, d'une assurance hypothèque ou automobile, d'un club ou d'une autre association, d'un autre employeur ou d'une police individuelle, veuillez fournir les détails suivants :

Nom de l'assureur	N° de police	N° de certificat	Date du début des prestations	Date de fin des prestations	Montant	Hebdo./Mens.
			AAAA MM JJ	AAAA MM JJ	\$	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
			AAAA MM JJ	AAAA MM JJ	\$	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M

Commentaires :

C. GESTION DES 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. Desjardins Assurances peut aussi communiquer avec ses assurés à des fins de gestion optimale de leur santé (outils d'aide aux réclamations, documentation informative sur la santé, etc.) et offrir à ces derniers un produit d'assurance à la suite de la cessation de leur assurance collective. Vous avez le droit d'examiner les renseignements personnels que nous détenons à votre sujet et de demander la correction de tout renseignement incomplet, ambigu ou non pertinent. Pour connaître comment soumettre une telle demande, consultez notre Politique de confidentialité.

D. DÉCLARATION ET AUTORISATION À LA COLLECTE, À L'UTILISATION ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Remplir à chaque demande

Je certifie que les réponses ci-dessus sont complètes et véridiques. Aux strictes fins de l'établissement de l'assurabilité, de la gestion du dossier et du règlement des demandes de prestations, j'autorise **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, du MIB, LLC, des compagnies d'assurance, agents de renseignements personnels ou agences d'investigation, du preneur, de mon employeur ou de mes ex-employeurs; b) à ne **communiquer** aux dites 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 **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. Afin d'atteindre les fins identifiées ci-dessus et pour vous offrir un accompagnement qui répond à vos besoins, vos renseignements pourraient être utilisés, sur une base dépersonnalisée, pour des analyses, des statistiques et l'élaboration de modèles prédictifs.

Dans la mesure où j'ai rempli les cases prévues à cet effet, j'autorise Desjardins Assurances à communiquer avec moi à l'adresse de courriel que j'ai fournie à la section A du présent formulaire et je consens à ce que Desjardins Assurances puisse laisser un message vocal contenant des informations relatives à mon invalidité au numéro de téléphone fourni dans ce formulaire.

J'autorise Desjardins Assurances à utiliser ou communiquer mon numéro d'assurance sociale à des fins fiscales.

J'autorise Desjardins Assurances à déposer le versement de ma prestation au moyen du système de DÉPÔT DIRECT dans le compte que je détiens **conformément au spécimen de chèque joint**. Toute somme créditée à mon compte, en vertu de la présente autorisation, sera identifiée par le code de transaction DÉPÔT DIRECT et je reconnais que toute somme ainsi créditée constituera un paiement effectué en conformité avec cette autorisation. L'autorisation entre en vigueur à la date de signature de ce formulaire et prendra fin après un préavis écrit de 10 jours que Desjardins Assurances me transmettra ou que je lui transmettrai.

Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Signature de l'employé :

Date :

TRÈS IMPORTANT

Veuillez faire remplir la Déclaration du médecin traitant – Demande initiale et faire parvenir les formulaires remplis à :
Desjardins Assurances – prestations d'invalidité, par courrier, par télécopieur ou en les soumettant en ligne.