

**3 CHOSES À FAIRE**

1. Remplir les sections A, B et C et signer l'Autorisation à la collecte et à la communication de renseignements personnels qui se trouve à la page 3.
2. Faire remplir et signer la déclaration du médecin.
3. Joindre les preuves de paiement pour tous les frais complémentaires engagés prévus au contrat.

Numéro de contrat

**A. IDENTIFICATION DU PRENEUR**

Nom	Prénom	Date de naissance AAAA - MM - JJ	
Adresse – N°, rue, app.	Ville	Province	Code postal
N°s de téléphone (indicatif rég. + numéro)	Résidence :		
Détenez-vous (personnellement ou avec votre conjoint) une autre assurance qui couvre les frais hospitaliers, médicaux et paramédicaux? Si oui, veuillez indiquer le nom de l'assureur et le numéro de police (si disponible):			
Personnellement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Votre conjoint <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Nom de l'assureur _____	Nom de l'assureur _____		
N° de la police _____	N° de la police _____		
Nom du conjoint (s'il y a lieu) _____			

**B. DÉCLARATION DU PRENEUR**

Nom de la personne blessée	Prénom	Date de naissance AAAA - MM - JJ	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nature des blessures			
Nom de l'école fréquentée, s'il y a lieu (joindre une preuve de fréquentation)			
Nom et adresse des médecins consultés			
Lieu et adresse de la première consultation			
Date d'hospitalisation AAAA - MM - JJ	Nom de l'hôpital		
Date de l'accident AAAA - MM - JJ	Heure de l'accident	Lieu de l'accident	Genre d'accident (véhicule moteur, hockey, etc.)
S'il s'agit d'un accident de véhicule moteur, étiez-vous conducteur? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Comment l'accident est-il survenu?			

**C. DÉCLARATION**

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

Signature du preneur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



Les honoraires que le médecin pourrait exiger pour remplir ce formulaire sont à la charge du demandeur.

**A. INFORMATION CONCERNANT LA PERSONNE BLESSÉE – SECTION QUE L'ASSURÉ DOIT REMPLIR**

Nom de famille	Prénom	Date de naissance
----------------	--------	-------------------

**B. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX**

Date de l'accident	AAAA - MM - JJ	Date du diagnostic de la blessure	AAAA - MM - JJ
--------------------	----------------	-----------------------------------	----------------

Au moment de l'accident, est-ce que l'assuré était sous l'influence de :

médication?  Oui  Non

narcotique?  Oui  Non

alcool?  Oui  Non

Si oui, veuillez nous transmettre les résultats d'examen.

Diagnostic de la blessure

Fracture ou rupture	Préciser de quel os ou conduit il s'agit (joindre une lecture de la radiographie)
---------------------	---

Mutilation ou perte d'usage	Date	Description de l'amputation ou de la perte d'usage	La perte est-elle :	
	AAAA - MM - JJ		totale?	permanente?
	Niveau de l'amputation ou pourcentage de perte d'usage		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Invalidité	Date	Description
	AAAA - MM - JJ	
Pour autant que je sache, ce patient a été totalement invalide du: AAAA - MM - JJ au: AAAA - MM - JJ		

Perte de la vue	Date	Champ visuel de chaque oeil:		Acuité visuelle corrigée de chaque oeil:		La perte de la vue est-elle totale et permanente?	
	AAAA - MM - JJ	Oeil droit	Oeil gauche	Oeil droit	Oeil gauche	Oeil droit	Oeil gauche
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

L'accident subi est-il la cause:

de la blessure?	de l'amputation ou perte d'usage?	de l'invalidité?	de la perte de la vue?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si non, expliquez :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Autres médecins traitants		
Nom	Adresse	Date (AAAA-MM-JJ)
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Hôpitaux ou autres institutions qui l'ont traitée		
Nom	Adresse	Date (AAAA-MM-JJ)
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**C. IDENTIFICATION DU MÉDECIN**

Nom et adresse du médecin (en lettres MAJUSCULES)	
_____	
Spécialité _____	Numéro de permis _____
Signature du médecin _____	Date _____

#### D. 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 Assurances ou ses réassureurs :

- 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, 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 ;
- 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 ;
- 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 ;
- à communiquer à mon médecin personnel tout renseignement médical obtenu à mon sujet durant l'évaluation de mon dossier ;
- à communiquer à d'autres assureurs ou réassureurs tout renseignement à mon sujet qui est pertinent aux fins de la détermination de mon admissibilité à une assurance ou à des garanties ;
- à transmettre un bref rapport de mes renseignements personnels au MIB, LLC, 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 du preneur**

\_\_\_\_\_  
**Date**

\_\_\_\_\_  
**Signature de l'assuré qui n'est pas preneur**  
(s'il s'agit d'un mineur, signature du père, de la mère ou du tuteur)

\_\_\_\_\_  
**Date**