

## CONFIRMATION DE LA DÉFICIENCE FONCTIONNELLE D'UN ENFANT À CHARGE

### SECTION A. 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

Date de naissance de l'enfant à charge

AAAA MM JJ

Est-ce que l'enfant demeure avec vous?

Oui  Non

Si non, avec qui  
demeure-t-il?

Nom de la personne avec qui il demeure

N°, rue, appartement

Ville

Province

Code postal

### SECTION B. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX – À remplir par l'adhérent.

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

\_\_\_\_\_

AAAA MM JJ

2. Date du début de la déficience fonctionnelle :

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 : \_\_\_\_\_

### SECTION C. DÉCLARATION ET AUTORISATION À LA COLLECTE, À L'UTILISATION 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. 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. 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.**

**SECTION D. 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 :

AAAA MM JJ

3. Date à laquelle le diagnostic a été posé :

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 :

AAAA MM JJ      AAAA MM JJ

AAAA MM JJ      AAAA MM JJ

Période n° 1 : Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_

Période n° 2 : Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_

AAAA MM JJ      AAAA MM JJ

AAAA MM JJ      AAAA MM JJ

Période n° 3 : Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_

Période n° 4 : Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_

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

**SECTION E. 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 :** \_\_\_\_\_

**SECTION F. 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](http://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.