


## Directives

Les maladies pour lesquelles l'assuré détient une couverture sont énoncées dans la brochure explicative ou au contrat; veuillez vous y référer.

La présente déclaration doit être remplie par l'assuré. Si l'assuré n'est pas en mesure de le faire, celle-ci peut être remplie par le représentant légal ou le mandataire de l'assuré. Veuillez faire remplir le formulaire 17026 par le médecin traitant.

## A. Identification de l'assuré

Nom de famille usuel de l'assuré		Nom de famille à la naissance		Prénom		Date de naissance (AAAA-MM-JJ)			
Adresse – N°, rue, app.				Ville		Province		Code postal	
N° de téléphone à 10 chiffres (Domicile)				N° de téléphone à 10 chiffres (Travail)					
Nom du preneur ou assuré principal				N° de contrat		Poste RÉSERVÉ N° de représentant    N° C.F. ou CAAP			

 Si la demande est faite pour une personne à charge, veuillez remplir également cette section :

Nom de famille de la personne à charge		Prénom		Date de naissance (AAAA-MM-JJ)					
Lien de parenté avec l'assuré									
Adresse – N°, rue, app.		Cochez si même que l'assuré <input type="checkbox"/>		Ville		Province		Code postal	
N° de téléphone à 10 chiffres (Domicile)				N° de téléphone à 10 chiffres (Travail)					
				Poste					

## B. Renseignements concernant la personne qui souffre de la maladie grave

### 1. Nature de la maladie

2. a) Quand les symptômes de cette maladie se sont-ils manifestés pour la 1 <sup>re</sup> fois? (AAAA-MM-JJ)		b) Quand cette personne a-t-elle, pour la 1 <sup>re</sup> fois, consulté un médecin pour cette maladie? (AAAA-MM-JJ)		c) Quand a-t-elle été informée pour la 1 <sup>re</sup> fois de cette maladie? (AAAA-MM-JJ)	
3. a) Nom et adresse de son médecin de famille				b) Depuis quand? (AAAA-MM-JJ)	
c) Nom et adresse des médecins consultés pour cette maladie					
d) Nom et adresse des hôpitaux où elle a reçu des traitements pour cette maladie					

4. Cette personne a-t-elle consulté un médecin ou un professionnel de la santé ou été hospitalisée pour une ou des raisons médicales au cours des 2 dernières années précédant la maladie actuelle? Si oui, veuillez remplir le tableau :  Oui  Non

Nom des médecins ou professionnels de la santé qui l'ont traitée	Genre de maladies ou blessures	Dates des consultations	Nom des hôpitaux où elle a été traitée	Périodes d'hospitalisation

5. A-t-elle pris des médicaments au cours des 2 dernières années précédant la maladie actuelle? Si oui, veuillez remplir le tableau :  Oui  Non

Maladies	Nom des médicaments	Périodes (AAAA-MM-JJ)	
		Du	Au
		Du	Au
		Du	Au
		Du	Au

## B. Renseignements concernant la personne qui souffre de la maladie grave – Suite

6. Cette personne fume-t-elle la cigarette, le cigarillo, le cigare, la pipe ou fait-elle usage de toute autre forme de tabac ou d'un substitut comme de la gomme ou un timbre de nicotine?  Oui  Non

7. A-t-elle déjà fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit?  Oui  Non Si oui, date de cessation (AAAA-MM-JJ) :

8. Des membres de sa famille (père, mère, frère, soeur) souffrent-ils ou ont-ils déjà souffert de la même maladie ou d'une maladie semblable?  Oui  Non  
Si oui, veuillez remplir le tableau :

Nom du membre de la famille	Lien de parenté	Maladies	Âge au début de la maladie	Âge si vivant	Âge au décès

## C. Déclaration

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

X \_\_\_\_\_  
Signature de la personne qui souffre de la maladie grave Date

Si le formulaire a été rempli par le représentant légal ou le mandataire de l'assuré :

X \_\_\_\_\_  
Votre signature Votre nom en lettres majuscules

\_\_\_\_\_  
Votre lien de parenté avec l'assuré 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 : 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, 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 ; b) 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 ; 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 ; d) à communiquer à mon médecin personnel tout renseignement médical obtenu à mon sujet durant l'évaluation de mon dossier ; e) 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 ; f) 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.

X \_\_\_\_\_  
Signature de la personne qui souffre de la maladie grave (14 ans ou plus) Date  
**OU** du représentant légal ou du mandataire

X \_\_\_\_\_  
**ET** Signature du père, mère ou tuteur si cette personne est mineure Date

## E. 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 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.