




3 choses à faire après avoir rempli ce questionnaire :

-  En faire une **copie complète** pour vos dossiers
-  Y joindre une copie de votre demande d'assurance
-  Envoyer ce questionnaire et la copie de votre demande d'assurance à l'adresse suivante : Desjardins Assurances
C.P. 3000, Lévis (Québec) G6V 9X8

Numéro de contrat

Numéro de compte

Numéro de certificat

A. Adhérent

Nom, prénom et adresse de l'adhérent

Numéros de téléphone

Résidence (Ind. régional + n°):

Travail (Ind. régional + n°):

Emploi:

Lieu de naissance (province, état, pays)

Travaillez-vous actuellement ?

Si oui, nombre d'heures par semaine – Sinon, indiquez pourquoi

Oui Non



Ces renseignements sont essentiels pour ouvrir votre demande

B. Employeur

Nom et adresse de l'employeur

C. Personnes à assurer

Adhérent

Conjoint

Adhérent			Conjoint		
Prénom	Nom		Prénom	Nom	
Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Date de naissance aaaa - mm - jj		Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Date de naissance aaaa - mm - jj	
Taille <input type="checkbox"/> pi <input type="checkbox"/> m	Poids <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	Poids il y a un an <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	Taille <input type="checkbox"/> pi <input type="checkbox"/> m	Poids <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	Poids il y a un an <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg
Cause de la variation de poids (s'il y a lieu)			Cause de la variation de poids (s'il y a lieu)		

Enfant 1

Enfant 2

Enfant 3

Enfant 1		Enfant 2		Enfant 3	
Prénom	Nom	Prénom	Nom	Prénom	Nom
Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Date de naissance aaaa - mm - jj	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Date de naissance aaaa - mm - jj	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Date de naissance aaaa - mm - jj
Taille <input type="checkbox"/> pi <input type="checkbox"/> m	Poids <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	Taille <input type="checkbox"/> pi <input type="checkbox"/> m	Poids <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	Taille <input type="checkbox"/> pi <input type="checkbox"/> m	Poids <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg
Poids il y a un an <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg		Poids il y a un an <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg		Poids il y a un an <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	
Cause de la variation de poids (s'il y a lieu)		Cause de la variation de poids (s'il y a lieu)		Cause de la variation de poids (s'il y a lieu)	

D. Questionnaire sur la santé		Adhérent		Conjoint	
		Oui	Non	Oui	Non
1.	Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé ou prenez-vous des médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Prévoyez-vous consulter un médecin ou un autre professionnel de la santé ou subir une opération ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Avez-vous déjà souffert d'une infirmité, d'une malformation ou d'une autre maladie physique, nerveuse ou mentale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Avez-vous déjà passé un électrocardiogramme, une radiographie, une mammographie, une colonoscopie, des tests sanguins ou d'autres examens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Avez-vous déjà passé ou été avisé que vous deviez passer des tests de laboratoire afin de détecter la présence du virus du SIDA ou d'anticorps au virus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Vous a-t-on déjà recommandé une diète, des médicaments, un traitement ou une opération ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Avez-vous déjà été traité dans un hôpital, une clinique ou un centre de réadaptation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Avez-vous déjà demandé ou reçu des prestations d'invalidité ou été absent du travail pendant plus de 10 jours consécutifs en raison d'une maladie ou d'un accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Avez-vous déjà obtenu des résultats de tests diagnostiques présentant des anomalies ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Avez-vous déjà ressenti des symptômes pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un professionnel de la santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Avez-vous déjà consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé pour tout trouble physique ou mental non mentionné ci-dessus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Y a-t-il un ou des enfants à assurer qui souffre ou a déjà souffert de troubles cardiaques, pulmonaires, neurologiques ou mentaux, d'un cancer ou du diabète, ou encore pour lequel une demande d'assurance a déjà été refusée, acceptée avec surprime, modifiée ou ajournée ?	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	

Expliquez les réponses « Oui » en indiquant le numéro de la question et utilisez une feuille supplémentaire au besoin.

N°	Prénom	Maladies, opérations, accidents, consultations, examens, traitements, nom des médicaments, résultats	Date	Durée de la maladie/ l'invalidité	Durée de l'hospitalisation (s'il y a lieu)	Nom et adresse des médecins – hôpitaux
			aaaa - mm - jj	<input type="checkbox"/> jours <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> années	<input type="checkbox"/> jours <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> années	
			aaaa - mm - jj	<input type="checkbox"/> jours <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> années	<input type="checkbox"/> jours <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> années	
			aaaa - mm - jj	<input type="checkbox"/> jours <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> années	<input type="checkbox"/> jours <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> années	
			aaaa - mm - jj	<input type="checkbox"/> jours <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> années	<input type="checkbox"/> jours <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> années	
			aaaa - mm - jj	<input type="checkbox"/> jours <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> années	<input type="checkbox"/> jours <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> années	
			aaaa - mm - jj	<input type="checkbox"/> jours <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> années	<input type="checkbox"/> jours <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> années	

E. Questionnaire sur les habitudes de vie		Adhérent		Conjoint	
		Oui	Non	Oui	Non
1.	Au cours des 10 dernières années, avez-vous eu une demande d'assurance refusée, modifiée ou acceptée avec une exclusion ou une surprime ? Si oui, date(s) et raison(s) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Au cours des 5 dernières années, avez-vous fait l'objet d'une suspension ou d'un retrait de permis de conduire ? Si oui, date(s) et raison(s) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait usage de tabac sous une forme quelconque, incluant la cigarette électronique ou autre substitut de tabac ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Avez-vous déjà été traité pour alcoolisme ou toxicomanie ou vous a-t-on déjà recommandé de diminuer votre consommation d'alcool ou de drogue ? Si oui, date(s) et raison(s) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Quelle est votre consommation hebdomadaire de :	Adhérent		Conjoint	
	tabac, cigarette électronique ou autre substitut de tabac				
	boissons alcoolisées				
	narcotiques ou drogues				

F. Antécédents – À remplir pour toutes les personnes à assurer

Y a-t-il dans votre famille (père, mère, frères, soeurs) des antécédents de maladie cardiaque, d'accident vasculaire cérébral, de cholestérol élevé, d'hypertension, de diabète, de maladie des reins, de sclérose en plaques, de chorée d'Huntington, de polypose du côlon, de cancer, d'Alzheimer, de Parkinson, de dystrophie musculaire, de maladie des neurones-moteurs ou d'autres maladies héréditaires?

Oui Non Si oui, veuillez remplir le tableau ci-dessous. Pour un cancer, précisez le type.

Cochez le membre de la famille					Maladie(s) (si cancer: type)	Âge au début de la maladie	Âge si vivant	Âge au décès
	Père	Mère	Frère	Soeur				
Adhérent	Père	Mère	Frère	Soeur				
	Père	Mère	Frère	Soeur				
Conjoint	Père	Mère	Frère	Soeur				
	Père	Mère	Frère	Soeur				
Enfants	Père	Mère	Frère	Soeur				
	Père	Mère	Frère	Soeur				

G. Déclaration et autorisation relatives à vos renseignements personnels

Je déclare que les réponses ci-dessus sont complètes et véridiques et j'accepte qu'elles fassent partie intégrante de ma demande d'assurance. Je reconnais avoir pris connaissance de l'avis relatif à la gestion des renseignements personnels ainsi que de l'avis relatif au MIB, Inc. et en avoir reçu une copie. L'assurance entrera en vigueur à la date prévue au contrat. Toute fausse déclaration peut entraîner l'annulation de l'assurance.

Aux strictes fins de l'établissement de l'assurabilité, de la gestion du dossier et du règlement des demandes de prestations, j'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF) 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, Inc., 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 sont pertinents 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, Inc. 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. Si le directeur médical de Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie le juge à propos, je l'autorise à transmettre les renseignements obtenus au titre de l'étude de ma demande d'assurance ou la raison qui supporte la décision de la compagnie, à:

Nom et adresse du médecin: _____



Signature de l'adhérent

Date (aaaa - mm - jj)

N'oubliez pas de signer et dater!

Signature du conjoint

Signature des enfants à charge à assurer de 16 ans et plus (14 ans pour le Québec)

H. Autorisation relative à vos 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 Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF) 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, Inc., 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 sont pertinents 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, Inc. 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 de l'adhérent

Date (aaaa - mm - jj)

N'oubliez pas de signer et dater!

Signature du conjoint

Signature des enfants à charge à assurer de 16 ans et plus (14 ans pour le Québec)

Gestion des renseignements personnels

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF) traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. DSF conserve ces renseignements dans un dossier afin de vous faire bénéficier des différents services financiers (assurances, rentes, crédit, etc.) qu'elle offre. Ces renseignements ne sont consultés que par les employés de DSF qui en ont besoin pour leur travail.

Vous avez le droit de consulter votre dossier. Vous pouvez aussi y 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 Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, 200, rue des Commandeurs, Lévis (Québec) G6V 6R2.

DSF peut utiliser la liste de ses clients pour les informer de ses promotions ou leur offrir un nouveau produit. DSF 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 de telles offres, 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 DSF.

DSF 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 transférés dans un autre pays et qu'ils soient soumis aux lois de ce pays. Il est possible d'obtenir de l'information concernant les politiques et pratiques de DSF en matière de transfert de renseignements personnels à l'extérieur du Canada en visitant le site Web de DSF, à l'adresse www.desjardinsassurancevie.com, ou en transmettant une demande à cette fin au Responsable de la protection des renseignements personnels de DSF, à l'adresse indiquée précédemment. Le Responsable de la protection des renseignements personnels de DSF pourra également répondre à vos questions concernant le transfert de renseignements personnels à des fournisseurs de services à l'extérieur du Canada.

Avis relatif au MIB, Inc.

Les renseignements relatifs à l'assurabilité de la personne à assurer seront traités en toute confidentialité par Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF), ses réassureurs ainsi que le MIB, Inc. Cet organisme sans but lucratif formé de compagnies d'assurance permet l'échange de renseignements entre ses membres. Si vous présentez une demande d'assurance de personnes ou si vous faites une demande de prestations pour un assuré auprès d'une autre compagnie membre du MIB, Inc., ce dernier lui fournira, à sa demande, les renseignements qu'il détient sur cette personne.

Le MIB, Inc. reçoit des renseignements personnels dont la collecte, l'utilisation et la divulgation sont régies par la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (LPRPDE) et les lois provinciales. Par conséquent, le MIB, Inc. consent à protéger ces renseignements d'une manière qui s'aligne nettement sur les pratiques de DSF en matière de respect de la vie privée et de protection des renseignements personnels et qui se conforme aux lois applicables. Ayant son siège social aux États-Unis, le MIB, Inc. est aussi lié par les lois des États-Unis en matière de divulgation des renseignements personnels. Si vous avez des questions sur l'engagement du MIB, Inc. à assurer la confidentialité des renseignements personnels d'un assuré, vous pouvez joindre son Service de protection de la vie privée à l'adresse privacy@mib.com.

À la réception d'une demande d'un assuré, le MIB, Inc. lui communiquera tous les renseignements contenus dans son dossier. Tout assuré peut communiquer avec le MIB, Inc. en composant le 416 597-0590. Si un assuré remet en question l'exactitude de ces renseignements, il pourra demander leur correction conformément aux procédures figurant sur le site du MIB, Inc., à l'adresse www.mib.com (en anglais seulement). Tout assuré peut aussi écrire au bureau des renseignements du MIB, Inc. au 330 University Avenue, Suite 501, Toronto, Ontario, M5G 1R7.

Par ailleurs, DSF ou ses réassureurs peuvent également transmettre des renseignements tirés de leurs dossiers à d'autres compagnies d'assurance de personnes auxquelles une personne aurait demandé une assurance de personnes ou présenté une demande de prestations. Les consommateurs peuvent obtenir des renseignements supplémentaires sur le MIB, Inc. en visitant le site www.mib.com.