

QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ ET LES HABITUDES DE VIE

RAPPORT D'ASSURABILITÉ

Marche à suivre pour remplir le questionnaire

- Répondez à toutes les questions.
- Fournissez seulement les informations concernant la ou les personnes à assurer.
- Vous devez déclarer tout changement survenant à votre état de santé et à vos habitudes de vie pouvant influencer la décision de Desjardins Assurances **entre le moment où vous remplissez ce questionnaire et l'acceptation de votre demande.**

Après avoir rempli le questionnaire

- Conservez une copie complète pour vos dossiers.
- Joignez-y une copie de votre demande d'assurance.
- **Envoyez ce questionnaire et la demande d'assurance par la poste :** Desjardins Assurances, C. P. 3000, Lévis (Québec) G6V 9X8
ou en ligne à : desjardinsassurancevie.com/envoi

SECTION A – IDENTIFICATION DE LA DEMANDE

- Demande en retard
- Demande de montant d'assurance supérieur au maximum sans preuves (consultez la brochure)
- Demande reliée à une garantie non-facultative nécessitant des preuves
- Ajout de personne à charge sans événement de vie
- Demande reliée à une garantie facultative (preuves obligatoires)
- Autres :

SECTION B – IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT

Nom et prénom de l'adhérent



**Ces renseignements
sont essentiels pour
ouvrir votre demande.**

N° de contrat C001	N° de compte	N° de certificat	
Adresse – N°, rue, app.	Ville	Province	Code postal
N° 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 travaillées – Sinon, indiquez pourquoi :
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

SECTION C – IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

Nom de l'employeur

EMPLOYES SYNDICABLES NON SYNDIQUES ET NON SYNDICABLES DU RESEAU DE LA SANTE

Adresse de l'employeur – N°, rue, bureau	Ville	Province	Code postal
--	-------	----------	-------------

SECTION D – IDENTIFICATION DES PERSONNES À ASSURER

ADHÉRENT Nom et prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	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
-------------------------------	---	---------------------------------	---	---	--

Cause de la variation de poids (s'il y a lieu) :

CONJOINT Nom et prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	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
-------------------------------	---	---------------------------------	---	---	--

Cause de la variation de poids (s'il y a lieu) :

1 ENFANT Nom et prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	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
-------------------------------	---	---------------------------------	---	---	--

Cause de la variation de poids (s'il y a lieu) :

2 ENFANT Nom et prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	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
-------------------------------	---	---------------------------------	---	---	--

Cause de la variation de poids (s'il y a lieu) :

3 ENFANT Nom et prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	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
-------------------------------	---	---------------------------------	---	---	--

Cause de la variation de poids (s'il y a lieu) :

SECTION E – QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ – À REMPLIR POUR TOUTES LES PERSONNES À ASSURER.

	ADHÉRENT		CONJOINT		ENFANT(S)	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
1 Au cours des deux dernières années , la personne à assurer a-t-elle pris des médicaments (autres que des contraceptifs, vitamines et produits naturels), prescrits par un médecin, pendant plus de 4 semaines consécutives ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 La personne à assurer a-t-elle souffert ou souffre-t-elle actuellement de symptômes ou de malaises ou a-t-elle des signes pour lesquels : <ul style="list-style-type: none"> • elle n'a pas encore consulté un médecin? • elle est en attente de consulter un spécialiste? • elle a consulté un médecin ou autre professionnel de la santé et a été avisée de prendre des médicaments, de subir des tests ou une opération qui n'ont pas encore été effectués ou est en attente de résultats? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 La personne à assurer a-t-elle, au cours des 5 dernières années , séjourné pour une période de plus de 72 heures : <ul style="list-style-type: none"> • dans un hôpital, une clinique ou un centre de réhabilitation, autre que pour des soins reliés à la grossesse ou pour un accouchement? • dans un centre pour le traitement de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou du jeu pathologique? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 La personne à assurer a-t-elle, au cours des 5 dernières années , été pendant plus de 4 semaines consécutives absente de son emploi pour des raisons de santé autres qu'un congé de maternité?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Au cours des 10 dernières années , la personne à assurer a-t-elle consulté un professionnel de la santé, été diagnostiquée, reçu des traitements ou subi une opération pour l'un ou l'autre des troubles suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Anomalie du système immunitaire, y compris le SIDA ou un test de VIH positif ou tout autre désordre ou infection immunologique • Cancer, tumeur, polype ou tout autre type d'affection maligne • Troubles du système endocrinien, tels diabète, trouble de la thyroïde ou tout autre trouble endocrinien • Troubles pulmonaires tels l'asthme, l'emphysème, la fibrose pulmonaire, la tuberculose, l'apnée du sommeil ou tout autre problème chronique des poumons ou des voies respiratoires • Fibrose kystique • Handicap physique, malformation ou infirmité • Maladie cardiaque ou du système circulatoire tels hypertension, infarctus, angine, accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire (AIT), ou tout autre trouble du cœur, des vaisseaux sanguins ou du système circulatoire • Troubles gastro-intestinaux tels maladie de Crohn et colite ulcéreuse, hépatite, affection inapparente d'hépatite, cirrhose ou tout autre trouble du foie, pancréas, estomac et intestin • Maladie du sang telle anémie, leucémie, hémophilie ou toute autre anomalie sanguine • Troubles cérébraux / neurologiques/ psychologiques tels que épilepsie, convulsions, étourdissements, perte de conscience, coma, dépression, anxiété, trouble alimentaire, épuisement professionnel, paralysie, sclérose en plaques, trouble du neurone moteur, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson ou tout autre trouble cérébral, nerveux ou psychologique • Déficiences neurologiques incluant trouble du spectre de l'autisme, syndrome de Rett, paralysie cérébrale, dystrophie musculaire, hyperactivité, déficit de l'attention, retard de développement, déficience intellectuelle • Troubles des reins, des voies urinaires, de la vessie, de la prostate, des seins (incluant mammographie ou échographie anormale) ou des organes génitaux (incluant test PAP anormal) ou présence de sucre, de sang ou de protéines dans l'urine • Troubles musculaires, des articulations et des os tels fatigue chronique, fibromyalgie, arthrite, toute forme de lupus, maux de dos, maux de cou ou autre trouble musculo-squelettique • Troubles du nez, de la gorge, des oreilles (excluant les otites) ou troubles des yeux (excluant la myopie, la presbytie, l'hypermétropie et l'astigmatisme) • Autres maladies ou troubles non précisés ci-dessus 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 de médicaments, résultats	Date AAAA MM JJ	Durée de la maladie ou de l'invalidité	Durée de l'hospitalisation (s'il y a lieu)	Nom et adresse des médecins – hôpitaux
				<input type="checkbox"/> Jours <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Années	<input type="checkbox"/> Jours <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Années	
				<input type="checkbox"/> Jours <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Années	<input type="checkbox"/> Jours <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Années	
				<input type="checkbox"/> Jours <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Années	<input type="checkbox"/> Jours <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Années	
				<input type="checkbox"/> Jours <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Années	<input type="checkbox"/> Jours <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Années	
				<input type="checkbox"/> Jours <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Années	<input type="checkbox"/> Jours <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Années	

SECTION F – QUESTIONNAIRE SUR LES HABITUDES DE VIE – À REMPLIR POUR TOUTES LES PERSONNES À ASSURER.

	ADHÉRENT		CONJOINT		ENFANT(S)	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
1 Au cours des 10 dernières années , la personne à assurer a-t-elle 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Au cours des 5 dernières années , la personne à assurer a-t-elle fait l'objet d'une suspension ou d'un retrait de permis de conduire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Au cours des 5 dernières années , la personne à assurer a-t-elle été accusée ou reconnue coupable d'un acte criminel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Au cours des 12 derniers mois , la personne à assurer a-t-elle 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 La personne à assurer a-t-elle déjà été traitée pour alcoolisme ou toxicomanie, ou un professionnel de la santé lui a-t-il recommandé de diminuer sa consommation d'alcool ou de drogue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Quelle est la consommation de : <i>Si aucune, indiquez 0.</i> <i>Pour les boissons alcoolisées, 1 consommation =</i> 1 bouteille de bière (8 onces) 1 verre de vin (4 onces) 2 onces de spiritueux	Tabac? <i>Nombre de cigarettes par jour</i>					
	Cigarette électronique? <i>Nombre d'utilisations par jour</i>					
	Substitut de tabac? <i>Nombre d'utilisations par jour</i>					
	Boissons alcoolisées? <i>Nombre de consommations par semaine</i>					
	Narcotiques ou drogues (incluant la marijuana)? <i>Nombre de grammes par semaine et identification du produit</i>					

SECTION G – ANTÉCÉDENTS – À REMPLIR POUR TOUTES LES PERSONNES À ASSURER.

Y a-t-il dans la famille (père, mère, frères, sœurs) 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 colon, 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 c'est un cancer, veuillez préciser le type)	Âge au début de la maladie	Âge si vivant	Âge au décès
ADHÉRENT	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Soeur				
	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Soeur				
CONJOINT	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Soeur				
	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Soeur				
ENFANTS	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Soeur				
	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Soeur				

SECTION H – 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, LLC 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. Je m'engage à aviser Desjardins Assurances de tout changement survenant à l'état de santé et aux habitudes de vie des personnes à assurer avant l'acceptation de la demande. Par « changement survenant à l'état de santé et aux habitudes de vie », on entend toute situation qui peut influencer la décision de Desjardins Assurances, comme un changement dans l'état de santé, l'emploi, les habitudes de vie ou de consommation de tabac, un accident, une consultation, un examen ou un traitement par un professionnel de la santé, une recommandation de prendre un rendez-vous médical ou de demander une consultation avec un professionnel de la santé qui n'a pas encore eu lieu, un test médical ou une recommandation de subir un test médical qui n'a pas encore eu lieu, une infraction au Code de la sécurité routière ou autres lois similaires, une infraction au Code criminel, un voyage à l'étranger ou la pratique de sports dangereux.

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. 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. 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 Assurances 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 : _____

N'oubliez pas de signer et de dater votre formulaire!

Signature de l'adhérent

Date (AAAA - MM - JJ)

Signature du conjoint

Signature des enfants à charge à assurer de 18 ans et plus (14 ans pour le Québec)

SECTION I – 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.

SECTION J – AVIS RELATIF AU MIB, LLC

Les renseignements relatifs à l'assurabilité de la personne à assurer seront traités en toute confidentialité par Desjardins Assurances, ses réassureurs ainsi que le MIB, LLC. 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, LLC, ce dernier lui fournira, à sa demande, les renseignements qu'il détient sur cette personne.

Le MIB, LLC 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, LLC consent à protéger ces renseignements d'une manière qui s'aligne nettement sur les pratiques de Desjardins Assurances 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, LLC est aussi lié par les lois des États-Unis en matière de divulgation des renseignements personnels. Vous pouvez consulter la politique du MIB, LLC sur la protection des renseignements personnels des consommateurs en visitant le www.mib.com/privacy_policy.html (en anglais seulement).

À la réception d'une demande d'un assuré, le MIB, LLC lui communiquera tous les renseignements contenus dans son dossier. Tout assuré peut communiquer avec le MIB, LLC par courriel au canadadisclosure@mib.com ou en composant le 1 866 692-6901. 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, LLC, à l'adresse www.mib.com (en anglais seulement). Tout assuré peut aussi écrire au bureau des renseignements du MIB, LLC au 50 Braintree Hill Park, Suite 400, Braintree MA 02184-8734.

Par ailleurs, Desjardins Assurances 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, LLC en visitant le site www.mib.com.