

! Vous devez fournir une réponse complète à toutes les questions pour que nous puissions traiter votre demande.

3 choses à faire

1. Joindre une copie du Relevé d'emploi émis pour Emploi et Développement social Canada (EDSC)
2. Remplir la section A, lire les sections D et E et signer la section F.
3. Faire remplir les sections B et C par votre employeur.
Si vous ne pouvez pas communiquer avec votre employeur, vous pouvez remplir ces 2 sections vous-même.

Si vous avez besoin de renseignements supplémentaires pour toute réclamation, veuillez communiquer avec nous au numéro suivant : **1 866 608-4746**.

Nos bureaux sont ouverts du lundi au vendredi, de 8 h à 17 h, sauf les jours fériés.

A. Identification de la personne assurée

Numéro de contrat

Nom de la personne assurée	Prénom	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	
Adresse – N°, rue, app.	Ville	Province/Territoire	Code postal
Numéro de téléphone à 10 chiffres			

B. Déclaration de l'employeur

Occupation habituelle

Date d'entrée en service (AAAA-MM-JJ)	Dernier jour complet de travail (AAAA-MM-JJ)		
<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Occasionnel	Nombre d'heures par semaine	<input type="checkbox"/> Permanent <input type="checkbox"/> Temporaire	
<input type="checkbox"/> Saisonnier (emploi commençant et se terminant à la même période annuellement)	Date d'embauche (AAAA-MM-JJ)	Date d'arrêt du travail (AAAA-MM-JJ)	

La personne assurée a-t-elle effectué au moins 20 heures de travail rémunéré par semaine et payé les cotisations à l'assurance-emploi prescrites par la loi au cours des 4 derniers mois précédant le dernier jour complet de travail ?

Oui Non Si non, précisez les raisons et périodes :

L'arrêt de travail de la personne assurée est-il lié à :

- une perte d'emploi? Oui Non
Si oui, depuis quand la personne assurée en était-elle informée? _____
(AAAA-MM-JJ)
- une démission volontaire? Oui Non
- une grève ou lock-out? Oui Non
- une fraude ou une infraction à la loi? Oui Non
- la retraite? Oui Non
- la terminaison d'un contrat à durée fixe? Oui Non
- tout congé ne mettant pas fin à un lien d'emploi (par exemple: année sabbatique, grossesse, etc.)? Oui Non
- un retour aux études à temps plein? Oui Non

Nom de la personne assurée	Prénom	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)
----------------------------	--------	--------------------------------

3. Collecte ou transfert de vos renseignements personnels à l'extérieur du Canada

Desjardins Assurances 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 recueillis et/ou transférés dans un autre pays et qu'ils soient soumis aux lois de ce pays.

Vous pouvez trouver l'information sur nos politiques et pratiques en matière de collecte et de transfert de renseignements personnels à l'extérieur du Canada en consultant la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins. Vous pouvez aussi obtenir cette information ou poser toute question à ce sujet en communiquant avec nous au 1 800 463-7870.

En signant ce formulaire :

- vous reconnaissez avoir pris connaissance de la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins, que vous pouvez consulter au www.desjardins.com/politique-confidentialite,
- vous autorisez le Mouvement Desjardins à recueillir, à utiliser et à partager des renseignements personnels selon les conditions décrites dans cette politique et la réglementation applicable,
- vous comprenez et acceptez que le présent consentement a préséance sur tout autre consentement que vous avez signé par le passé,
- vous comprenez que le présent consentement sera valide aussi longtemps que vous aurez une relation d'affaires avec une composante du Mouvement Desjardins.



Veillez signer ce formulaire à la dernière page

E. Consentement lié à vos renseignements personnels chez Desjardins Assurances

1. Pourquoi Desjardins Assurances a besoin de votre consentement

Votre consentement nous permet de recueillir, utiliser et partager les renseignements personnels nécessaires aux fins suivantes :

- étudier une demande d'assurance de votre part
- gérer votre dossier pendant la durée de l'assurance
- traiter une réclamation

De plus, votre consentement nous permet de faire ce qui suit, au besoin :

- consulter un ancien dossier d'assurance que vous avez chez Desjardins Assurances, si c'est le cas
- demander un rapport d'enquête sur vous à une agence de renseignements personnels, si nécessaire
- communiquer au MIB, LLC un résumé de vos renseignements personnels, y compris des renseignements sur votre santé, après l'étude d'une demande d'assurance de votre part

Le MIB, LLC est un organisme qui gère une base de données permettant à des compagnies d'assurance au Canada et aux États-Unis de recueillir et partager de l'information sur leurs clients.

- communiquer à votre médecin tout renseignement médical obtenu à votre sujet pendant l'étude d'une demande d'assurance ou réclamation de votre part pour que l'information vous soit transmise
- communiquer à tout assureur ou réassureur tout renseignement pertinent (comme des résultats d'examens médicaux) pour leur permettre d'évaluer une demande d'assurance de votre part

En nous donnant votre consentement, vous autorisez également nos réassureurs à recueillir, utiliser et partager vos renseignements personnels de la même façon que nous. Nos réassureurs sont des compagnies qui nous assurent nous, Desjardins Assurances.

2. Auprès de qui vos renseignements personnels sont-ils recueillis ou partagés?

Vous donnez votre consentement pour la collecte et le partage des renseignements nécessaires auprès de vous, mais aussi auprès d'autres personnes et organisations. Ces personnes et organisations comprennent, entre autres :

- le MIB, LLC
- des professionnels ou professionnelles de la santé ou des établissements de santé (exemples : médecins, hôpitaux, cliniques)
- des fournisseurs de services de santé
- des firmes paramédicales
- des organismes publics ou parapublics
- d'autres assureurs que Desjardins Assurances
- des réassureurs
- votre employeur ou un ex-employeur
- le preneur (le ou la propriétaire du contrat d'assurance), si vous n'êtes pas cette personne
- toute autre composante de Desjardins, si elle est concernée par l'assurance
- une agence de renseignements personnels ou une agence d'investigation

Nom de la personne assurée	Prénom	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)
----------------------------	--------	--------------------------------

3. Si cette demande concerne vos enfants Vous nous autorisez aussi à recueillir, utiliser et partager des renseignements personnels nécessaires sur eux, s'ils sont âgés de moins de 14 ans au Québec, ou de moins de 16 ans ailleurs qu'au Québec.

En signant ce formulaire :

- vous autorisez Desjardins Assurances et ses réassureurs à recueillir, à utiliser et à partager des renseignements personnels selon les conditions décrites dans cette section, la réglementation applicable et la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins. Vous pouvez consulter cette politique au www.desjardins.com/politique-confidentialite

F. Signature



X

Signature de la personne assurée

Date (AAAA-MM-JJ)