


Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

Identification de l'assuré

Nom		Date de naissance
Prénom	Numéro de contrat	Numéro du prestataire

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

Renseignements généraux

1. Date des premiers symptômes relatifs à votre invalidité actuelle AAAA - MM - JJ	2. Date de la première consultation médicale pour cette maladie ou cet accident AAAA - MM - JJ
3. S'agit-il d'un accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez : Type d'accident : <input type="checkbox"/> de travail <input type="checkbox"/> de véhicule automobile <input type="checkbox"/> autre Date de l'accident : AAAAA - MM - JJ Précisez où et comment cet accident est survenu : _____	

4. Au cours des 2 années précédant votre invalidité actuelle, avez-vous consulté un médecin ou un professionnel de la santé ou été hospitalisé?
 Oui Non Si oui, veuillez remplir le tableau suivant :

Nom des médecins ou des professionnels consultés	Raisons médicales	Dates des consultations	Nom des hôpitaux où vous avez été traité	Périodes d'hospitalisation
		AAAA - MM - JJ		du : AAAAA - MM - JJ au : AAAAA - MM - JJ
		AAAA - MM - JJ		du : AAAAA - MM - JJ au : AAAAA - MM - JJ
		AAAA - MM - JJ		du : AAAAA - MM - JJ au : AAAAA - MM - JJ

5. Au cours des 2 années précédant votre invalidité actuelle, avez-vous pris des médicaments? Oui Non Si oui, veuillez remplir le tableau suivant :

Raisons médicales	Nom des médicaments	Périodes
		du : AAAAA - MM - JJ au : AAAAA - MM - JJ
		du : AAAAA - MM - JJ au : AAAAA - MM - JJ

6. Avez-vous un médecin de famille? Oui Non
Si oui, précisez : Son nom : _____ Depuis quand : AAAAA - MM - JJ

7. Avez-vous présenté une demande de prestations à un organisme gouvernemental ou à une autre compagnie? Oui Non Si oui, précisez :
 CNESST/WSIB/WCB Retraite Québec/CPD SAAQ
 Compagnie d'assurance Précisez le nom : _____
 Autre (p. ex. : « chômage maladie ») Numéro de dossier, contrat ou certificat : _____

8a. Êtes-vous : un salarié un travailleur autonome
 autre veuillez préciser (congé de maternité, retraite, sans emploi, etc.) : _____

8b. Quel est votre niveau de scolarité? _____

 Si vous êtes un salarié ou un travailleur autonome, veuillez répondre aux questions de la section suivante.


DÉCLARATION DE L'ASSURÉ – Je déclare que toutes les réponses données ci-dessus sont complètes et véridiques.

Signature de l'assuré _____ Date _____
N° de téléphone à 10 chiffres (Domicile) _____ N° de téléphone à 10 chiffres (Cellulaire) _____

Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

Identification de l'assuré

Nom		Date de naissance
Prénom	Numéro de contrat	Numéro du prestataire

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

Déclaration du salarié ou du travailleur autonome

9.1 Date d'entrée en service : AAAA - MM - JJ		9.2 Date du dernier jour complet de travail : AAAA - MM - JJ			
9.3 Titre de l'emploi :					
9.4 Salaire :					
9.5 Quelles sont les tâches principales de votre emploi et combien de temps consacrez-vous à chacune d'entre elles par semaine :					
Tâche		%	Tâche		%
9.6 Détaillez le nombre d'heures travaillées au cours de chacune des 4 semaines précédant le début de l'invalidité :					
Périodes		Nombre d'heures	Expliquez les périodes de moins de 20 heures (p. ex. vacances, congés, maladie, etc.)		
du : AAAA - MM - JJ au : AAAA - MM - JJ					
du : AAAA - MM - JJ au : AAAA - MM - JJ					
du : AAAA - MM - JJ au : AAAA - MM - JJ					
du : AAAA - MM - JJ au : AAAA - MM - JJ					
9.7 Êtes-vous retourné au travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, à quelle date? AAAA - MM - JJ			9.8 Êtes-vous retourné aux études? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, à quelle date? AAAA - MM - JJ		
Type de retour : <input type="checkbox"/> progressif <input type="checkbox"/> temps plein <input type="checkbox"/> temps partiel <input type="checkbox"/> assignation temporaire			Nombre d'heures de cours par semaine : _____		
9.9. Au cours des 2 années précédant votre invalidité actuelle, vous êtes-vous absenté du travail en raison d'une maladie ou d'un accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez :					
Date de l'absence			Raison		
du : AAAA - MM - JJ au : AAAA - MM - JJ					
9.10 Nom de l'employeur		N° de téléphone	N° de télécopieur		
		ind. régional + n°	ind. régional + n°		
Adresse - Numéro, rue		Ville	Province	Code postal	
Nom de la personne responsable du dossier			Fonction		
Adresse courriel					

DÉCLARATION DU SALARIÉ OU DU TRAVAILLEUR AUTONOME – Je déclare que toutes les réponses données ci-dessus sont complètes et véridiques.

Signature de l'assuré _____ Date _____