

**POUR ACCÉLÉRER L'ÉTUDE DE VOTRE DEMANDE DE PRESTATIONS**

1. Indiquez lisiblement **tous les renseignements** demandés dans la partie réservée à la déclaration de la personne assurée.
2. Assurez-vous que tous les frais engagés **durant la période** d'assurance figurent dans votre demande.

DÉCLARATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

Nom et adresse de la personne assurée	Notre dossier n°
	Code postal

Veillez indiquer le nom de votre employeur actuel (ou de votre ancien employeur si vous êtes retraité) et celui de votre conjoint, s'il y a lieu.

Détenez-vous présentement (personnellement ou avec votre conjoint) une autre assurance qui couvre les frais hospitaliers, médicaux et paramédicaux (qui rembourse vos médicaments)? Si oui, veuillez indiquer le nom de l'assureur et le numéro de police (si vous le connaissez) :

Personnellement oui non

Votre conjoint oui non

Nom de l'assureur _____
Numéro de police,
d'identification et/ou
de dossier _____

Nom de l'assureur _____
Numéro de police,
d'identification et/ou
de dossier _____

Est-ce que cette assurance couvre les frais médicaux à l'extérieur de votre province de résidence? oui non

S'il s'agit d'un accident, décrivez comment celui-ci est survenu : _____

Date de l'accident : Jour Mois Année

S'il s'agit de maladie, décrivez-nous en brièvement la nature : _____

Signature de la personne assurée : _____

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 Sécurité financière, compagnie d'assurance vie : 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 la liste ne soit exhaustive, cette collecte pourra se réaliser auprès de professionnels de la santé ou d'établissements de santé, du MIB (connu auparavant sous le nom Bureau de renseignements médicaux), des compagnies d'assurance, agents de renseignements personnels ou agences d'investigation, du preneur, de mon employeur ou de mes ex-employeurs; b) à ne communiquer auxdites personnes ou organismes que les seuls renseignements personnels qu'elle détient à mon sujet et qui sont nécessaires à l'objet du 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 détiendrait déjà et dont l'objet est accompli. Le présent consentement vaut également pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes enfants mineurs ou

(Nom de la personne décédée) _____, dans la mesure où ils sont visés par ma demande.
Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Signé à _____ ce _____ 20 _____.

Signature du preneur ou de l'ayant droit _____

Signature de toute personne assurée qui n'est pas preneur _____