

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

A. Identification

Numéro de contrat

Nom de la personne invalide		Prénom		Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	
Adresse – N°, rue, app.			Ville		Province
Code postal		Travail		Poste	
Numéros de téléphone à 10 chiffres		Résidence		Scolarité	
Formation					

B. Renseignements généraux

1. Date des premiers symptômes relatifs à l'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 ?		Si oui, date de l'accident (AAAA-MM-JJ)		Heure	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	
				Type d'accident	
				<input type="checkbox"/> De travail <input type="checkbox"/> De véhicule automobile <input type="checkbox"/> Autre	
Veuillez nous décrire l'accident et nous préciser les circonstances entourant l'accident.					
<hr/>					
4. Quelles étaient vos occupations habituelles avant l'invalidité actuelle ?					
Domestiques		Sportives		Sociales et culturelles	
<hr/>		<hr/>		<hr/>	
5. a) Date de votre arrêt de travail ou de cessation de vos occupations habituelles à cause de cette maladie ou cet accident (AAAA-MM-JJ) :					
b) Dernier jour complet de travail (AAAA-MM-JJ) :					
6. Avez-vous repris vos occupations habituelles ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, depuis quelle date ? (AAAA-MM-JJ)					
7. a) Êtes-vous retourné au travail ?		Si oui, depuis quelle date ? (AAAA-MM-JJ)		Type de retour :	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				<input type="checkbox"/> Progressif <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Assignation temporaire	
b) S'agit-il d'une assignation temporaire ?		Si oui, depuis quelle date ? (AAAA-MM-JJ)			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
8. Êtes-vous actuellement aux études ?		Si oui, depuis quelle date ? (AAAA-MM-JJ)		Nombre d'heures de cours par semaine	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
9. Décrivez le genre de traitements que vous recevez actuellement (physiothérapie ou autres) et les médicaments que vous prenez pour votre invalidité. Pour chacun d'eux, précisez le nombre et la fréquence (par jour, par semaine ou par mois).					
<hr/>					
10. Décrivez de quelle façon votre invalidité vous empêche de travailler					
<hr/>					
11. Décrivez brièvement vos activités journalières depuis votre invalidité :					
<hr/>					

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

B. Renseignements généraux (suite)

12. Indiquez le nom et l'adresse du ou des médecins qui vous traitent ou vous ont traité pour votre invalidité :

13. Nom de votre médecin de famille : _____ Depuis quelle date ? (AAAA-MM-JJ) _____

14. Avez-vous consulté un médecin ou un professionnel de la santé ou été hospitalisé pour une ou des raisons médicales au cours des 5 dernières années précédant l'invalidité actuelle ? Oui Non Si oui, veuillez remplir le tableau :

Nom des médecins ou professionnels de la santé qui vous ont traité	Genre de maladies ou blessures	Dates des consultations (AAAA-MM-JJ)	Nom des hôpitaux où vous avez été traité	Périodes d'hospitalisation (AAAA-MM-JJ)
				Du : Au :
				Du : Au :

15. Avez-vous pris des médicaments au cours des 5 dernières années précédant l'invalidité actuelle ? Oui Non Si oui, veuillez remplir le tableau :

Maladies	Nom des médicaments	Périodes (AAAA-MM-JJ)

16. Au cours des 2 années précédant votre invalidité actuelle, vous êtes-vous absenté du travail en raison d'une maladie ou d'un accident ? Oui Non Si oui, veuillez préciser :

Date de l'absence (AAAA-MM-JJ)	Raison
Du : _____ Au : _____	

17. a) Avez-vous déjà fumé la cigarette, le cigarillo, le cigare, la pipe ou la cigarette électronique ou fait usage de toute autre forme de tabac ou d'un substitut comme de la gomme ou des timbres de nicotine ou de médication antitabagique ? Oui Non

b) Quand avez-vous commencé à fumer ? (AAAA-MM-JJ) _____ c) Quand avez-vous cessé de fumer ? (AAAA-MM-JJ) _____

d) Indiquez les périodes d'interruption

18. a) Avez-vous présenté une demande de prestations à un organisme gouvernemental ou à une autre compagnie? Oui Non

 Si oui, joindre l'avis d'acceptation ou de refus.

	Oui	Non	Date de la demande (AAAA-MM-JJ)	Votre demande a-t-elle été acceptée ?	Montant mensuel	Durée (si période limitée)
Régime de pension :						
<input type="checkbox"/> Fédéral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> À l'étude		
<input type="checkbox"/> Provincial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> À l'étude		
<input type="checkbox"/> Privé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> À l'étude		
<input type="checkbox"/> Régime provincial d'assurance automobile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> À l'étude		
<input type="checkbox"/> Régime provincial d'indemnisation des victimes d'accident du travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> À l'étude		
<input type="checkbox"/> Tout autre régime gouvernemental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> À l'étude		
Autre assurance :						
<input type="checkbox"/> Individuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> À l'étude		
<input type="checkbox"/> Collective	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> À l'étude		

Si vous avez répondu oui à un ou plusieurs des points ci-dessus, veuillez nous transmettre les informations suivantes : nom des organismes gouvernementaux qui administrent les régimes ou des compagnies d'assurance et numéros des contrats ou de référence :

b) Recevez-vous ou recevrez-vous d'autres sommes d'argent? Oui Non Montant par semaine :

Vacances Congé de maternité Congé de maladie Salaire
 Assurance-emploi Montant forfaitaire Desjardins Assurances (autres contrats) Autre :

19. Êtes vous un :

Salarié Travailleur autonome Autre, veuillez préciser (congé de maternité, retraite, sans emploi, etc.) :

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

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

C. Déclaration du salarié ou du travailleur autonome

1. Salaire hebdomadaire actuel : _____ 2. Nombre d'heures de travail par semaine : _____

3. Date d'entrée en service (AAAA-MM-JJ) : _____ 4. Profession : _____

5. Êtes-vous toujours à l'emploi de l'employeur? Oui Non Si non, date du départ (AAAA-MM-JJ) : _____
Raison : _____

6. Précisez le nombre d'heures moyen travaillées au cours des 4 semaines précédant le début de l'invalidité

7. Quelles sont les tâches principales de l'emploi et combien de temps chacune d'entre elles prend-elle par semaine ?

 **Joindre une description de tâches, si disponible.**

Tâche :	%	Tâche :	%
Tâche :	%	Tâche :	%

8. Décrivez l'activité et indiquez la fréquence et le poids :

 **Fréquence :**

Occasionnellement: 0-15% du temps **F**réquemment: 16-50% du temps **C**ontinuellement: 51% du temps et +

Fréquence : **O F C** Poids

Pousser : _____ _____

Tirer : _____ _____

Soulever/transporter : _____ _____

Veuillez énumérer les équipements de bureau, les véhicules à moteur, les outils ou tout autre équipement utilisé par la personne invalide au cours de son travail.

Type d'équipement	Nombre de fois par jour	Type d'équipement	Nombre de fois par jour

9. Information de l'employeur

Nom de l'employeur _____ Numéro de téléphone à 10 chiffres _____ Poste _____ Numéro de télécopieur à 10 chiffres _____

Adresse – N°, rue, app. _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Nom de la personne responsable du dossier _____ Fonction _____

Adresse courriel _____

D. Déclaration

Je déclare que les réponses ci-dessus sont complètes et véridiques.

X

Signature de la personne invalide _____

Date (AAAA-MM-JJ) _____

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

E. Engagement à rembourser

Si j'ai droit à un montant pour mon invalidité de la part d'une autre compagnie d'assurance ou d'un organisme gouvernemental, je m'engage à rembourser à Desjardins Assurances tout montant que cette dernière compagnie pourrait m'avoir payé en trop. Je ferai ce remboursement dès que je recevrai le ou les paiements de l'autre compagnie d'assurance ou de l'organisme gouvernemental. De plus, en cas de faillite, je m'engage à aviser Desjardins Assurances dès le début des procédures. Une photocopie du présent engagement a la même valeur que l'original. Je m'engage à informer Desjardins Assurances si je reçois des prestations d'autres sources de revenus.

X

Signature de la personne invalide

Date (AAAA-MM-JJ)

F. Autorisation à la collecte et à la communication de renseignements personnels

Nom et prénom de la personne invalide	Numéro de contrat	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)
---------------------------------------	-------------------	--------------------------------

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 :

- 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 ;
- 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 ;
- 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 ;
- à communiquer à mon médecin personnel tout renseignement médical obtenu à mon sujet durant l'évaluation de mon dossier ;
- 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 ;
- à transmettre un bref rapport de mes renseignements personnels au MIB, LLC, 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.

X

Signature de la personne invalide

Date (AAAA-MM-JJ)