

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

**Renseignements généraux**

1. Diagnostic

2. Date à laquelle les symptômes de cette maladie se sont manifestés pour la première fois **AAAA - MM - JJ**

3. Date de la première consultation médicale relative aux symptômes liés à cette maladie **AAAA - MM - JJ**

4. Avez-vous un médecin de famille?  Oui  Non  
Si oui, précisez son nom : \_\_\_\_\_ Depuis quand? \_\_\_\_\_

5. Au cours des 2 années précédant la date de votre diagnostic, avez-vous consulté un médecin ou un professionnel de la santé ou été hospitalisé pour une ou des raisons médicales?  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
		<b>AAAA - MM - JJ</b>		du : <b>AAAA - MM - JJ</b> au : <b>AAAA - MM - JJ</b>
		<b>AAAA - MM - JJ</b>		du : <b>AAAA - MM - JJ</b> au : <b>AAAA - MM - JJ</b>

6. Au cours des 2 années précédant la date de votre diagnostic, avez-vous pris des médicaments?  Oui  Non Si oui, veuillez remplir le tableau suivant :

Raisons médicales	Nom des médicaments	Périodes
		du : <b>AAAA - MM - JJ</b> au : <b>AAAA - MM - JJ</b>
		du : <b>AAAA - MM - JJ</b> au : <b>AAAA - MM - JJ</b>

7. Au cours des 2 années précédant la date de votre diagnostic, avez-vous eu différents employeurs?  Oui  Non Si oui, veuillez remplir le tableau suivant :

Nom et adresse	Durée de l'emploi
	du : <b>AAAA - MM - JJ</b> au : <b>AAAA - MM - JJ</b>
	du : <b>AAAA - MM - JJ</b> au : <b>AAAA - MM - JJ</b>

8. Fumez-vous la cigarette, le cigarillo, le cigare, la pipe ou faites-vous usage de toute autre forme de tabac ou d'un substitut comme de la gomme ou un timbre de nicotine?  Oui  Non

9. Avez-vous déjà fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit?  Oui  Non Si oui, date de cessation : **AAAA - MM - JJ**

10. Si vous êtes en arrêt de travail ou avez cessé de vaquer à vos activités habituelles en raison de cette maladie, veuillez répondre aux questions suivantes.

a) Dernier jour complet de travail ou date à laquelle vous avez cessé de vaquer à vos activités habituelles : **AAAA - MM - JJ**

b) Avez-vous effectué au moins 80 heures de travail payé au cours des 4 semaines précédant le dernier jour complet de travail?  
 Oui  Non Sinon, veuillez préciser la raison : \_\_\_\_\_

c) Nom de votre employeur : \_\_\_\_\_ Son numéro de téléphone : **IND. RÉGIONAL + N°**

**Déclaration** – Je déclare que toutes les réponses données ci-dessus sont complètes et véridiques.

Signature de l'assuré (ou de son mandataire) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_