Desjardins Assurances
Vie • Santé • Retraite

200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 6R2
1 888 558-5525

Réclamation pour maladies graves

Déclaration de l'assuré

Directives

Les maladies pour lesquelles l'assuré détient une couverture sont énoncées dans la brochure explicative ou au contrat ; veuillez vous y référer.

La présente déclaration doit être remplie par l'assuré. Si l'assuré n'est pas en mesure de le faire, celle-ci peut être remplie par le représentant légal ou le mandataire de l'assuré. Veuillez faire remplir le formulaire 17026 par le médecin traitant.

Savez-vous que vous pouvez appeler notre service conseil maladies graves pour valider si votre diagnostic pourrait être couvert par votre contrat ou si c'est le bon moment pour présenter une réclamation ? Contactez-nous au numéro de téléphone ci-haut.

A. Identification de l'assuré

Nom de famille	Prénom	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)

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

N° de téléphone à 10 chiffres (Domicile)	N° de téléphone à 10 chiffres (Travail) Poste

Nom du preneur ou assuré principal	N° de contrat	RÉSERVÉ N° de représentant	RÉSERVÉ N° C.F. ou CAAP

DÉPÔT DIRECT – J'aimerais m'inscrire au dépôt direct pour recevoir tout paiement dans mon compte. ☐ Oui ☐ Non
Si vous avez cochez oui, veuillez joindre un spécimen de chèque à ce formulaire.

Si la demande est faite pour une personne à charge, veuillez remplir également cette section :

Nom de famille de la personne à charge	Prénom	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)

Lien de parenté avec l'assuré

Adresse – N°, rue, app. Cochez si même que l'assuré ☐	Ville	Province ou territoire	Code postal

N° de téléphone à 10 chiffres (Domicile)	N° de téléphone à 10 chiffres (Travail) Poste

B. Renseignements concernant la personne qui souffre de la maladie grave

1. Nature de la maladie

2. a) Quand les symptômes de cette maladie se sont-ils manifestés pour la 1re fois ? (AAAA-MM-JJ)	b) Quand cette personne a-t-elle, pour la 1re fois, consulté un médecin pour cette maladie ? (AAAA-MM-JJ)	c) Quand a-t-elle été informée pour la 1re fois de cette maladie ? (AAAA-MM-JJ)

3. a) Nom et adresse de son médecin de famille	b) Depuis quand ? (AAAA-MM-JJ)

c) Nom et adresse des médecins consultés pour cette maladie

d) Nom et adresse des hôpitaux où elle a reçu des traitements pour cette maladie

4. Cette personne a-t-elle :
- consulté un médecin ou un professionnel de la santé; ou
- été hospitalisée; ou
- été traitée

pour une ou des raisons médicales au cours des 2 dernières années précédant la maladie actuelle ? Si oui, veuillez remplir le tableau : ☐ Oui ☐ Non

Nom des médecins ou professionnels de la santé	Genre de maladies ou blessures	Dates	Nom des hôpitaux	Périodes d'hospitalisation

5. A-t-elle pris des médicaments au cours des 2 dernières années précédant la maladie actuelle ? Si oui, veuillez remplir le tableau : ☐ Oui ☐ Non

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

6. Cette personne fume-t-elle la cigarette, le cigarillo, le cigare, la pipe, cigarette électronique ou fait-elle usage de toute autre forme de tabac ou d'un substitut comme de la gomme ou un timbre de nicotine ? ☐ Oui ☐ Non

7. A-t-elle déjà fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, date de cessation (AAAA-MM-JJ) :

8. Des membres de sa famille (père, mère, frère, soeur) souffrent-ils ou ont-ils déjà souffert de la même maladie ou d'une maladie semblable ? Si oui, veuillez remplir le tableau : ☐ Oui ☐ Non

Nom du membre de la famille	Lien de parenté	Maladies	Âge au début de la maladie	Âge si vivant	Âge au décès

C. Consentement lié à la gestion de vos renseignements personnels par le Mouvement Desjardins

1. Gestion de vos renseignements personnels

Pour vous servir au quotidien et pour respecter nos obligations légales, nous devons recueillir, utiliser et partager des renseignements personnels à votre sujet. Pour plus de détails, consultez la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins au www.desjardins.com/politique-confidentialite.

Des consentements spécifiques pour assurer la réalisation et la continuité du service chez Desjardins Assurances peuvent vous être demandés. Ces démarches seront entreprises dans le respect de la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins.

Desjardins Assurances traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. Vos renseignements ne sont consultés que par les employés qui doivent y accéder pour exécuter leurs tâches.

2. Vos droits

Vous avez le droit :

- de consulter les renseignements personnels que le Mouvement Desjardins détient à votre sujet
- de faire corriger tout renseignement incomplet, ambigu ou non pertinent

Pour savoir comment faire, consultez la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins.

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.

⚠ Veuillez signer ce formulaire à la page suivante

D. 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 :

1. étudier une demande d'assurance de votre part
2. gérer votre dossier pendant la durée de l'assurance
3. 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

3. Si cette demande concerne vos enfants

Vous nous autorisez aussi à recueillir, utiliser et partager des renseignements personnels 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
- vous déclarez que les renseignements que vous avez fournis dans celui-ci sont complets et véridiques.

E. Signature

X _____ _____

Signature de la personne qui souffre de la maladie grave — Date (AAAA-MM-JJ)

› Si cette personne est un enfant mineur âgé de moins de 14 ans (au Québec) ou de moins de 16 ans (ailleurs qu'au Québec), un parent, tuteur ou représentant légal doit signer à sa place et remplir l'encadré en vert ci-dessous

Identification de la personne signataire pour un enfant mineur :

_____

Prénom et nom (en lettres majuscules)

Lien avec l'enfant mineur :

☐ Parent (père ou mère) ☐ Tuteur ou tutrice (Québec)

☐ Représentant légal ou représentante légale (provinces autres que le Québec)

Imprimer Réinitialiser