

DEMANDE DE PRESTATIONS D'ASSURANCE INVALIDITÉ OU D'EXONÉRATION DES PRIMES

DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ

**Le versement de votre prestation d'assurance invalidité se fera uniquement par dépôt direct.
Veuillez joindre un chèque spécimen portant la mention «ANNULÉ».**

A - IDENTIFICATION

Nous ne pouvons donner suite à cette demande que si une réponse appropriée est fournie à toutes les questions.

Nom et prénom de l'employé		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance AAAA MM JJ
Adresse - N°, rue, appartement		Ville	Province Code postal
N° de police ou groupe ou contrat	N° de compte	N° de certificat ou d'identification	N° d'assurance sociale *
N° de téléphone : () -			

* Votre numéro d'assurance sociale est nécessaire seulement si vos prestations d'assurance invalidité sont imposables. Veuillez vous informer auprès de votre employeur.

B - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1 Formation : Scolarité : Expériences de travail : Langue parlée : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais Langue écrite : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais			
2 L'invalidité est-elle due à un accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui , date de l'accident : AAAA MM JJ	Heure <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 préciser l'endroit et la manière dont l'accident est survenu : _____ _____ _____ _____			
3 Avant de devenir invalide, avez-vous été traité pour la maladie ou la blessure ayant causé cette invalidité? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui , veuillez donner les détails incluant les noms, adresses et numéros de téléphone de tous les médecins et spécialistes qui vous ont traité : _____ _____ _____ _____ _____			
4 Noms, adresses et numéros de téléphone des médecins et spécialistes qui vous ont traité durant votre invalidité : _____ _____ _____ _____			

VEUILLEZ REMPLIR LE VERSO DU FORMULAIRE.

B - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX - (SUITE)

5 Si vous possédez une assurance prévoyant une protection en cas d'accident ou de maladie par l'intermédiaire d'un syndicat, d'une société, d'un créancier, d'une assurance hypothèque ou automobile, d'un club ou d'une autre association, d'un autre employeur ou d'une police individuelle, veuillez fournir les détails suivant :

Nom de l'assureur	N° de police	N° de certificat	Date du début des prestations	Date de fin des prestations	Montant	Hebdo./Mens.
			AAAA MM JJ	AAAA MM JJ	\$	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
			AAAA MM JJ	AAAA MM JJ	\$	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M

Commentaires : _____

C - ADHÉSION AU SERVICE DE DÉPÔT DIRECT

Veuillez joindre à ce formulaire un chèque spécimen portant la mention «Annulé».

J'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, à déposer le versement de ma prestation, au moyen du système de **DÉPÔT DIRECT**, dans le compte que je détiens auprès de l'institution financière suivante :

Nom de l'institution financière	N° d'institution	N° de transit/succursale	N° de compte
Adresse - N°, rue, bureau	Ville	Province	Code postal

Toute somme créditée à mon compte, en vertu de la présente autorisation, sera identifiée par le code de transaction **DÉPÔT DIRECT** et je reconnais que toute somme ainsi créditée constituera un paiement effectué en conformité avec cette autorisation.

La présente autorisation entrera en vigueur le _____ et prendra fin après un préavis écrit de 10 jours que Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, me transmettra ou que je lui transmettrai.

Signature de l'employé :

Date :

D - GESTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF), traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. DSF conserve ces renseignements dans un dossier afin de vous faire bénéficier des services d'assurance collective qu'elle offre. Ces renseignements ne sont consultés que par les employés de DSF qui en ont besoin pour leur travail. Vous avez le droit de consulter votre dossier. Vous pouvez aussi y faire corriger des renseignements si vous démontrez qu'ils sont inexacts, incomplets, ambigus ou inutiles. Vous devez alors envoyer une demande écrite à l'adresse suivante : Responsable de la protection des renseignements personnels, Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, 200, rue des Commandeurs, Lévis, Québec, G6V 6R2. DSF peut utiliser la liste de ses clients afin d'offrir à ces derniers un produit d'assurance à la suite de la cessation de leur assurance collective. Si vous ne voulez pas recevoir une telle offre, vous avez le droit de faire rayer votre nom de cette liste. Vous devez alors envoyer une demande écrite au responsable de la protection des renseignements personnels chez DSF.

E - DÉCLARATION ET AUTORISATION À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Remplir à chaque demande.

Je certifie que les réponses ci-dessus sont complètes et véridiques. 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 cette liste 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 détient déjà et dont l'objet est accompli.

J'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, à utiliser ou communiquer mon numéro d'assurance sociale à des fins administratives. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Signature de l'employé :

Date :

TRÈS IMPORTANT

Veuillez faire remplir la Déclaration du médecin traitant - Demande initiale et faire parvenir les formulaires remplis à Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, prestations d'invalidité.