

**Pour soumettre en ligne :**desjardinsassurancevie.com/envoiRemplissez et enregistrez au préalable votre formulaire.
Conservez les originaux pour vos dossiers.**Par courrier :**C. P. 3875 succ. Lévis
Lévis (Québec) G6V 0A7Expédiez les originaux et conservez
les copies pour vos dossiers.**Par télécopieur :**1 844 409-6575 (sans frais)
418 835-0194

Conservez les originaux pour vos dossiers.

Pour nous joindre : 1 800 463-7843 (sans frais) ou 418 838-7843

**Assurances**

Vie • Santé • Retraite

ASSURANCE COLLECTIVE - RÉGLEMENTS D'ASSURANCE SALAIRE

**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, app.		Ville	Province Code postal
N° de police ou groupe ou contrat	N° de compte	N° de certificat ou d'identification	N° d'assurance sociale ¹
N° de téléphone (obligatoire) : () -		<input type="checkbox"/> J'autorise Desjardins Sécurité financière, ci-après nommée Desjardins Assurances, à laisser des messages concernant mon présent dossier d'invalidité sur ma boîte vocale.	

Adresse de courriel ² :¹ Votre numéro d'assurance sociale est nécessaire seulement si vos prestations d'assurance invalidité sont imposables. Veuillez vous informer auprès de votre employeur.² Veuillez fournir cette information seulement si vous autorisez Desjardins Assurances à communiquer avec vous par courriel.**B - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX**

1 Formation : _____
 Scolarité : _____
 Expériences de travail : _____

Langue parlée : Français Anglais Langue écrite : Français Anglais

2 L'invalidité est-elle due à un accident? Oui Non Si oui, date de l'accident : AAAA MM JJ Heure AM PM Type d'accident De travail De véhicule automobile 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? Oui 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 suivants :

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 Assurances 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 Assurances me transmettra ou que je lui transmettrai.

Signature de l'employé :

Date :

D - GESTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Desjardins Assurances traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. Desjardins Assurances 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 Desjardins Assurances qui en ont besoin pour leur travail. Desjardins Assurances peut faire une compilation de renseignements rendus anonymes à des fins statistiques et d'information. Desjardins Assurances peut aussi communiquer avec ses assurés à des fins de gestion optimale de leur santé. 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 Assurances, 200, rue des Commandeurs, Lévis, Québec, G6V 6R2. Desjardins Assurances 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 Desjardins Assurances.

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 Assurances : 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 aux dites 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.

Dans la mesure où j'ai rempli les cases prévues à cet effet, j'autorise Desjardins Assurances à communiquer avec moi à l'adresse de courriel que j'ai fournie à la section A du présent formulaire et je consens à ce que Desjardins Assurances puisse laisser un message vocal contenant des informations relatives à mon invalidité au numéro de téléphone fourni dans ce formulaire.

J'autorise Desjardins Assurances à utiliser ou communiquer mon numéro d'assurance sociale à des fins fiscales. 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 Assurances, prestations d'invalidité, par courrier, par télécopieur ou en les soumettant en ligne.