Desjardins
Assurances
Vie • Santé • Retraite

C. P. 3000
Lévis (Québec) G6V 9X8
desjardinsassurancevie.com/adherent
Tél. : 1 800 463-7843

ASSURANCE COLLECTIVE

QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ ET LES HABITUDES DE VIE

RAPPORT D'ASSURABILITÉ

Marche à suivre pour remplir le questionnaire

- Répondez à toutes les questions.
- Fournissez seulement les informations concernant la ou les personnes à assurer.
- Ce questionnaire doit être lu, signé et daté à l'encre par le(s) personne(s) à assurer.

Après avoir rempli le questionnaire

- Conservez une copie complète pour vos dossiers.
- Joignez-y une copie de votre demande d'assurance.
- Envoyez ce questionnaire et la demande d'assurance directement à l'adresse suivante : Desjardins Assurances
  C. P. 3000, Lévis (Québec) G6V 9X8

Vous devez déclarer tout changement survenant à votre état de santé et à vos habitudes de vie pouvant influencer la décision de Desjardins Assurances **entre le moment où vous remplissez ce questionnaire et l'acceptation de votre demande.**

A IDENTIFICATION DE LA DEMANDE

☐ Demande en retard
☐ Demande de montant d'assurance supérieur au maximum sans preuves (consultez la brochure)
☐ Demande reliée à une garantie non-facultative nécessitant des preuves
☐ Ajout de personne à charge sans événement de vie
☐ Demande reliée à une garantie facultative (preuves obligatoires)
☐ Autres :

B IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT

Ces renseignements sont essentiels pour ouvrir votre demande.

Nom et prénom de l'adhérent

N° de contrat	N° de compte	N° de certificat

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

N°s de téléphone
Résidence (Ind. régional + n°) : Travail (Ind. régional + n°) :

Emploi :

Lieu de naissance (province, état, pays)

Travaillez-vous actuellement? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, nombre d'heures travaillées – Sinon, indiquez pourquoi :

C IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

Nom de l'employeur

Adresse de l'employeur – N°, rue, bureau | Ville | Province | Code postal

D IDENTIFICATION DES PERSONNES À ASSURER

	Nom et prénom	Sexe	Date de naissance AAAA MM JJ	Taille	Poids	Poids il y a un an
ADHÉRENT		☐ M ☐ F		☐ pi ☐ m	☐ lb ☐ kg	☐ lb ☐ kg
Cause de la variation de poids (s'il y a lieu) :						
CONJOINT		☐ M ☐ F		☐ pi ☐ m	☐ lb ☐ kg	☐ lb ☐ kg
Cause de la variation de poids (s'il y a lieu) :						
1 **ENFANT**		☐ M ☐ F		☐ pi ☐ m	☐ lb ☐ kg	☐ lb ☐ kg
Cause de la variation de poids (s'il y a lieu) :						
2 **ENFANT**		☐ M ☐ F		☐ pi ☐ m	☐ lb ☐ kg	☐ lb ☐ kg
Cause de la variation de poids (s'il y a lieu) :						
3 **ENFANT**		☐ M ☐ F		☐ pi ☐ m	☐ lb ☐ kg	☐ lb ☐ kg
Cause de la variation de poids (s'il y a lieu) :						

E QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ ⚠ À REMPLIR POUR TOUTES LES PERSONNES À ASSURER.

		ADHÉRENT		CONJOINT		ENFANT(S)	
		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
1	Au cours des **deux dernières années**, la personne à assurer a-t-elle pris des médicaments (autres que des contraceptifs, vitamines et produits naturels), prescrits par un médecin, **pendant plus de 4 semaines consécutives**?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	La personne à assurer a-t-elle souffert ou souffre-t-elle actuellement de symptômes ou de malaises ou a-t-elle des signes pour lesquels :						
	• elle n'a pas encore consulté un médecin?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	• elle est en attente de consulter un spécialiste?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	• elle a consulté un médecin ou autre professionnel de la santé et a été avisée de prendre des médicaments, de subir des tests ou une opération qui n'ont pas encore été effectués ou est en attente de résultats?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	La personne à assurer a-t-elle, au cours des **5 dernières années**, séjourné pour une période de **plus de 72 heures** :						
	• dans un hôpital, une clinique ou un centre de réhabilitation, autre que pour des soins reliés à la grossesse ou pour un accouchement?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	• dans un centre pour le traitement de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou du jeu pathologique?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	La personne à assurer a-t-elle, au cours des **5 dernières années**, été pendant **plus de 4 semaines consécutives** absente de son emploi pour des raisons de santé autres qu'un congé de maternité?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5	Au cours des **10 dernières années**, la personne à assurer a-t-elle consulté un professionnel de la santé, été diagnostiquée, reçu des traitements ou subi une opération pour l'un ou l'autre des troubles suivants :						
	• Anomalie du système immunitaire, y compris le SIDA ou un test de VIH positif ou tout autre désordre ou infection immunologique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	• Cancer, tumeur, polype ou tout autre type d'affection maligne	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	• Troubles du système endocrinien, tels diabète, trouble de la thyroïde ou tout autre trouble endocrinien	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	• Troubles pulmonaires tels l'asthme, l'emphysème, la fibrose pulmonaire, la tuberculose, l'apnée du sommeil ou tout autre problème chronique des poumons ou des voies respiratoires	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	• Fibrose kystique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	• Handicap physique, malformation ou infirmité	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	• Maladie cardiaque ou du système circulatoire tels hypertension, infarctus, angine, accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire (AIT), ou tout autre trouble du cœur, des vaisseaux sanguins ou du système circulatoire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	• Troubles gastro-intestinaux tels maladie de Crohn et colite ulcéreuse, hépatite, affection inapparente d'hépatite, cirrhose ou tout autre trouble du foie, pancréas, estomac et intestin	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	• Maladie du sang telle anémie, leucémie, hémophilie ou toute autre anomalie sanguine	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	• Troubles cérébraux / neurologiques/ psychologiques tels que épilepsie, convulsions, étourdissements, perte de conscience, coma, dépression, anxiété, trouble alimentaire, épuisement professionnel, paralysie, sclérose en plaques, trouble du neurone moteur, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson ou tout autre trouble cérébral, nerveux ou psychologique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	• Déficiences neurologiques incluant trouble du spectre de l'autisme, syndrome de Rett, paralysie cérébrale, dystrophie musculaire, hyperactivité, déficit de l'attention, retard de développement, déficience intellectuelle	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	• Troubles des reins, des voies urinaires, de la vessie, de la prostate, des seins (incluant mammographie ou échographie anormale) ou des organes génitaux (incluant test PAP anormal) ou présence de sucre, de sang ou de protéines dans l'urine	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	• Troubles musculaires, des articulations et des os tels fatigue chronique, fibromyalgie, arthrite, toute forme de lupus, maux de dos, maux de cou ou autre trouble musculo-squelettique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	• Troubles du nez, de la gorge, des oreilles (excluant les otites) ou troubles des yeux (excluant la myopie, la presbytie, l'hypermétropie et l'astigmatisme)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	• Autres maladies ou troubles non précisés ci-dessus	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Expliquez les réponses « Oui » en indiquant le numéro de la question et utilisez une feuille supplémentaire au besoin.

N°	Prénom	Maladies, opérations, accidents, consultations, examens, traitements, nom de médicaments, résultats	Date AAAA MM JJ	Durée de la maladie ou de l'invalidité	Durée de l'hospitalisation (s'il y a lieu)	Nom et adresse des médecins – hôpitaux
				☐ Jours ☐ Mois ☐ Années	☐ Jours ☐ Mois ☐ Années	
				☐ Jours ☐ Mois ☐ Années	☐ Jours ☐ Mois ☐ Années	
				☐ Jours ☐ Mois ☐ Années	☐ Jours ☐ Mois ☐ Années	
				☐ Jours ☐ Mois ☐ Années	☐ Jours ☐ Mois ☐ Années	
				☐ Jours ☐ Mois ☐ Années	☐ Jours ☐ Mois ☐ Années	

F QUESTIONNAIRE SUR LES HABITUDES DE VIE ⚠ À REMPLIR POUR TOUTES LES PERSONNES À ASSURER.

		ADHÉRENT		CONJOINT		ENFANT(S)	
		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
1	Au cours des **10 dernières années**, la personne à assurer a-t-elle eu une demande d'assurance refusée, modifiée ou acceptée avec une exclusion ou une surprime? Si oui, date(s) et raison(s) :	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	Au cours des **5 dernières années**, la personne à assurer a-t-elle fait l'objet d'une suspension ou d'un retrait de permis de conduire?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	Au cours des **5 dernières années**, la personne à assurer a-t-elle été accusée ou reconnue coupable d'un acte criminel?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	Au cours des **12 derniers mois**, la personne à assurer a-t-elle fait usage de tabac sous une forme quelconque, incluant la cigarette électronique ou autre substitut de tabac?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5	La personne à assurer a-t-elle déjà été traitée pour alcoolisme ou toxicomanie, ou un professionnel de la santé lui a-t-il recommandé de diminuer sa consommation d'alcool ou de drogue?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6	Quelle est la consommation de :						
	Tabac? *Nombre de cigarettes par jour*						
	Cigarette électronique? *Nombre d'utilisations par jour*						
	Substitut de tabac? *Nombre d'utilisations par jour*						
	Boissons alcoolisées? *Nombre de consommations par semaine*						
	Narcotiques ou drogues (incluant la marijuana)? *Nombre de grammes par semaine et identification du produit*						

Si aucune, indiquez 0.

Pour les boissons alcoolisées, 1 consommation =

1 bouteille de bière (8 onces)

1 verre de vin (4 onces)

2 onces de spiritueux

G ANTÉCÉDENTS ⚠ À REMPLIR POUR TOUTES LES PERSONNES À ASSURER.

Y a-t-il dans la famille (père, mère, frères, sœurs) des antécédents de maladie cardiaque, d'accident vasculaire cérébral, de cholestérol élevé, d'hypertension, de diabète, de maladie des reins, de sclérose en plaques, de chorée d'Huntington, de polypose du colon, de cancer, d'Alzheimer, de Parkinson, de dystrophie musculaire, de maladie des neurones-moteurs ou d'autres maladies héréditaires?

☐ Oui ☐ Non Si oui, veuillez remplir le tableau ci-dessous. Pour un cancer, précisez le type.

Cochez le membre de la famille		Maladie(s) (si c'est un cancer, veuillez préciser le type)	Âge au début de la maladie	Âge si vivant	Âge au décès
ADHÉRENT	☐ Père ☐ Mère ☐ Frère ☐ Soeur				
	☐ Père ☐ Mère ☐ Frère ☐ Soeur				
CONJOINT	☐ Père ☐ Mère ☐ Frère ☐ Soeur				
	☐ Père ☐ Mère ☐ Frère ☐ Soeur				
ENFANTS	☐ Père ☐ Mère ☐ Frère ☐ Soeur				
	☐ Père ☐ Mère ☐ Frère ☐ Soeur				

H DÉCLARATION ET AUTORISATION RELATIVES À VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Je déclare que les réponses ci-dessus sont complètes et véridiques et j'accepte qu'elles fassent partie intégrante de ma demande d'assurance. Je reconnais avoir pris connaissance de l'avis relatif à la gestion des renseignements personnels ainsi que de l'avis relatif au MIB, Inc. et en avoir reçu une copie. L'assurance entrera en vigueur à la date prévue au contrat. Toute fausse déclaration peut entraîner l'annulation de l'assurance. Je m'engage à aviser Desjardins Assurances de tout changement survenant à l'état de santé et aux habitudes de vie des personnes à assurer avant l'acceptation de la demande. Par « changement survenant à l'état de santé et aux habitudes de vie », on entend toute situation qui peut influencer la décision de Desjardins Assurances, comme un changement dans l'état de santé, l'emploi, les habitudes de vie ou de consommation de tabac, un accident, une consultation, un examen ou un traitement par un professionnel de la santé, une recommandation de prendre un rendez-vous médical ou de demander une consultation avec un professionnel de la santé qui n'a pas encore eu lieu, un test médical ou une recommandation de subir un test médical qui n'a pas encore eu lieu, une infraction au Code de la sécurité routière ou autres lois similaires, une infraction au Code criminel, un voyage à l'étranger ou la pratique de sports dangereux.

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 : 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, Inc., 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; b) 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; 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; d) à communiquer à mon médecin personnel tout renseignement médical obtenu à mon sujet durant l'évaluation de mon dossier; e) 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; f) à transmettre un bref rapport de mes renseignements personnels au MIB, Inc. 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. Si le directeur médical de Desjardins Assurances le juge à propos, je l'autorise à transmettre les renseignements obtenus au titre de l'étude de ma demande d'assurance ou la raison qui supporte la décision de la compagnie, à :

Nom et adresse du médecin : _____

N'oubliez pas de signer et de dater votre formulaire!

Signature de l'adhérent _____ **Date (AAAA - MM - JJ)** _____

Signature du conjoint _____ **Signature des enfants à charge à assurer de 18 ans et plus (14 ans pour le Québec)** _____

IMPRIMER **RÉINITIALISER**

I 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. 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 transférés dans un autre pays et qu'ils soient soumis aux lois de ce pays. Il est possible d'obtenir de l'information concernant les politiques et pratiques de Desjardins Assurances en matière de transfert de renseignements personnels à l'extérieur du Canada en visitant le site Web de Desjardins Assurances, à l'adresse www.desjardinsassurancevie.com, ou en transmettant une demande à cette fin au Responsable de la protection des renseignements personnels de Desjardins Assurances, à l'adresse indiquée précédemment. Le Responsable de la protection des renseignements personnels de Desjardins Assurances pourra également répondre à vos questions concernant le transfert de renseignements personnels à des fournisseurs de services à l'extérieur du Canada.

J AVIS RELATIF AU MIB, INC.

Les renseignements relatifs à l'assurabilité de la personne à assurer seront traités en toute confidentialité par Desjardins Assurances, ses réassureurs ainsi que le MIB, Inc. Cet organisme sans but lucratif formé de compagnies d'assurance permet l'échange de renseignements entre ses membres. Si vous présentez une demande d'assurance de personnes ou si vous faites une demande de prestations pour un assuré auprès d'une autre compagnie membre du MIB, Inc., ce dernier lui fournira, à sa demande, les renseignements qu'il détient sur cette personne.

Le MIB, Inc. reçoit des renseignements personnels dont la collecte, l'utilisation et la divulgation sont régies par la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (LPRPDE) et les lois provinciales. Par conséquent, le MIB, Inc. consent à protéger ces renseignements d'une manière qui s'aligne nettement sur les pratiques de Desjardins Assurances en matière de respect de la vie privée et de protection des renseignements personnels et qui se conforme aux lois applicables. Ayant son siège social aux États-Unis, le MIB, Inc. est aussi lié par les lois des États-Unis en matière de divulgation des renseignements personnels. Vous pouvez consulter la politique du MIB, Inc. sur la protection des renseignements personnels des consommateurs en visitant le www.mib.com/privacy_policy.html (en anglais seulement).

À la réception d'une demande d'un assuré, le MIB, Inc. lui communiquera tous les renseignements contenus dans son dossier. Tout assuré peut communiquer avec le MIB, Inc. par courriel au canadadisclosure@mib.com ou en composant le 1 866 692-6901. Si un assuré remet en question l'exactitude de ces renseignements, il pourra demander leur correction conformément aux procédures figurant sur le site du MIB, Inc., à l'adresse www.mib.com (en anglais seulement). Tout assuré peut aussi écrire au bureau des renseignements du MIB, Inc. au 50 Braintree Hill Park, Suite 400, Braintree MA 02184-8734.

Par ailleurs, Desjardins Assurances ou ses réassureurs peuvent également transmettre des renseignements tirés de leurs dossiers à d'autres compagnies d'assurance de personnes auxquelles une personne aurait demandé une assurance de personnes ou présenté une demande de prestations. Les consommateurs peuvent obtenir des renseignements supplémentaires sur le MIB, Inc. en visitant le site www. mib.com.