

DEMANDE DE PRESTATIONS RELATIVE À UNE INVALIDITÉ
DÉCLARATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

VEUILLEZ FAIRE REMPLIR LA DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT - DEMANDE INITIALE (N° 02025) ET FAIRE PARVENIR LES FORMULAIRES REMPLIS À DESJARDINS SÉCURITÉ FINANCIÈRE, COMPAGNIE D'ASSURANCE VIE, PRESTATIONS D'ASSURANCE SALAIRE.

IDENTIFICATIONN° DE CONTRAT : **N005**

Nom et prénom de la personne assurée				Date de naissance AAAA MM JJ		
Adresse - N°, rue, appartement		Ville	Province	Code postal	N° d'identification	
N° de téléphone () -		Nom de votre bureau coordonateur				

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ

1 - Date de votre arrêt de travail à cause de la maladie ou de l'accident	AAAA	MM	JJ
2 - Nombre d'heures travaillées lors de votre dernière journée de travail : _____			
3 - Si vous avez repris le travail, date du retour au travail	AAAA	MM	JJ
4 - Si vous n'avez pas repris le travail, date probable ou prévue du retour au travail	AAAA	MM	JJ
5 - S'agit-il d'un accident : de travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non d'automobile? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date de l'accident : _____	AAAA	MM	JJ
6 - Avez-vous été hospitalisé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nombre d'heures que vous avez été hospitalisé : _____			
7.A - Si vous êtes enceinte, une demande de retrait préventif a-t-elle été ou sera-t-elle présentée à la CSST? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
7.B - Date prévue de votre accouchement : _____			
8 - Veuillez décrire votre accident : _____ _____ _____			
9 - Veuillez décrire de quelle façon votre invalidité vous empêche de travailler : _____ _____ _____			
10 - Veuillez décrire brièvement vos activités journalières depuis votre arrêt de travail : _____ _____ _____			
11 - Y-a-t-il d'autres facteurs liés à vos fonctions qui pourraient avoir une influence sur votre retour au travail? _____ _____ _____			

RENSEIGNEMENTS SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

12 - Veuillez cocher les jours travaillés dans une semaine normale : <input type="checkbox"/> DIM <input type="checkbox"/> LUN <input type="checkbox"/> MAR <input type="checkbox"/> MER <input type="checkbox"/> JEU <input type="checkbox"/> VEN <input type="checkbox"/> SAM
13 - Depuis combien de temps occupez-vous cet emploi? _____

RENSEIGNEMENTS SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

14 - Combien d'enfants avez-vous dans votre établissement? _____

Veuillez préciser le nombre d'enfants dans chacune des catégories d'âge suivantes :

1 mois à 1 an : _____ 1 an à 2 ans : _____

2 ans à 3 ans : _____ 3 ans à 4 ans : _____

4 ans à 5 ans : _____ 5 ans à 6 ans : _____

15 - Avant votre arrêt de travail, est-ce qu'il y avait une autre personne qui travaillait avec vous? Oui Non

Si oui, est-elle employée : _____ à temps plein? Oui Non à temps partiel? Oui Non

16 - Durant votre arrêt de travail, votre service de garde sera : Ouvert Fermé

Si votre service de garde demeure ouvert pendant votre arrêt de travail, est-ce que quelqu'un vous remplacera? Oui Non

17 - Selon vous, existe-t-il une particularité relative à votre environnement qui vous empêche de faire votre travail? Oui Non

Si oui, veuillez décrire : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LES PRESTATIONS EN COURS

18 - Cotisez-vous actuellement à la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST)? Oui Non

19 - Avez-vous fait d'autres demandes de prestations? Remplir le tableau ci-dessous.

Avez-vous fait une demande auprès des instances suivantes?	Date de votre demande	Votre demande a-t-elle été acceptée?	Montant mensuel reçu
Régie des rentes du Québec <input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> Retraite <input type="checkbox"/> Non	AAAA MM JJ	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> À l'étude	\$ _____
Régime de pensions du Canada <input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> Retraite <input type="checkbox"/> Non	AAAA MM JJ	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> à l'étude	\$ _____
Société de l'assurance automobile du Québec <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	AAAA MM JJ	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> à l'étude	\$ _____
Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST, CAT, CSPAAAT, CSSIAT, WCB) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	AAAA MM JJ	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> À l'étude	\$ _____
Régime de retraite (fonds de pension) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	AAAA MM JJ	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> À l'étude	\$ _____
Assurance emploi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	AAAA MM JJ	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> À l'étude	\$ _____

Vous devez nous fournir l'avis d'acceptation ou de refus des demandes de prestations que vous avez faites si ce document ne nous a pas encore été soumis.

20 - Détenez-vous d'autres assurances auprès de Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie? Veuillez cocher :

N° de police ou de contrat - N° d'identification ou de certificat

Assurance prêt à votre caisse populaire

Accirance - assurance accident

Autre

Si vous avez coché l'une des cases à la question précédente, vous devez faire une demande à votre caisse populaire.

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.

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), de 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. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Signature
de la personne assurée :

Date :