

PRÉNOM, NOM ET ADRESSE DE L'ADHÉRENT			NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR		
CODE POSTAL			CODE POSTAL		
N° DE CERTIFICAT	N° D'IDENTIFICATION	PROFESSION	N° DE TÉLÉPHONE		
-	-		RÉS. : IND. RÉGIONAL + NUMÉRO TRAVAIL : IND. RÉGIONAL + NUMÉRO		

	NOM	DATE DE NAISSANCE		NOM	DATE DE NAISSANCE
L'ADHÉRENT			LES ENFANTS		
LE CONJOINT					

EST-CE QUE L'UNE OU L'AUTRE DES PERSONNES À ASSURER :	L'ADHÉRENT		LE CONJOINT		LES ENFANTS	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1- Est actuellement sous les soins ou prévoit recevoir des soins dentaires au cours des 12 prochains mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Souffre actuellement ou a déjà été atteint d'une maladie de la bouche, de la mâchoire ou de la gencive?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

POUR CHAQUE RÉPONSE AFFIRMATIVE, FOURNIR CI-DESSOUS LES RENSEIGNEMENTS REQUIS.

	ADHÉRENT	CONJOINT	ENFANTS	
Examen annuel incluant nettoyage et radiographie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non DATE _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non DATE _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non DATE _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non DATE _____
Extractions Si oui, inscrire le nombre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non NOMBRE _____ DATE _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non NOMBRE _____ DATE _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non NOMBRE _____ DATE _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non NOMBRE _____ DATE _____
Obturations Si oui, inscrire le nombre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non NOMBRE _____ DATE _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non NOMBRE _____ DATE _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non NOMBRE _____ DATE _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non NOMBRE _____ DATE _____
Traitement d'orthodontie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non NOMBRE _____ DATE _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non NOMBRE _____ DATE _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non NOMBRE _____ DATE _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non NOMBRE _____ DATE _____
Tout autre traitement Si oui, veuillez détailler	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non DATE _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non DATE _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non DATE _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non DATE _____
Détailler toute réponse affirmative à la question 2, soit : diagnostic, traitement, durée, résultat.				

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

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 ou ses réassureurs :

- 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 ou de réassurance, d'agents de renseignements personnels ou d'agences d'investigation, du preneur, de mon employeur ou de mes ex-employeurs;
- 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;
- à demander, le cas échéant, un compte-rendu d'enquête à mon sujet et à utiliser les renseignements personnels qu'elle détient déjà et dont l'objet est accompli;
- à communiquer à ses réassureurs et à d'autres assureurs tous renseignements à mon sujet qui sont pertinents aux fins de la détermination de mon admissibilité à une assurance ou à des garanties;
- à transmettre un bref rapport de mes renseignements personnels sur ma santé au MIB.

Le présent consentement vaut également pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes enfants mineurs, dans la mesure où ils sont visés par ma demande. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Je déclare que les réponses fournies sont exactes, 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 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. Enfin, si le directeur médical de Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie le juge à propos, je l'autorise à transmettre à ce médecin les renseignements obtenus au titre de l'étude de ma demande d'assurance ou la raison qui supporte la décision de la compagnie.

Nom et adresse du médecin

Signature de l'adhérent

Signature du conjoint

Signature du témoin

Date

Signature des enfants à charge
à assurer de 16 ans et plus
(14 ans et plus pour le Québec)

Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

AUTORISATION À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

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 ou ses réassureurs :

- 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 ou de réassurance, d'agents de renseignements personnels ou d'agences d'investigation, du preneur, de mon employeur ou de mes ex-employeurs;
- 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;
- à demander, le cas échéant, un compte-rendu d'enquête à mon sujet et à utiliser les renseignements personnels qu'elle détient déjà et dont l'objet est accompli;
- à communiquer à ses réassureurs et à d'autres assureurs tous renseignements à mon sujet qui sont pertinents aux fins de la détermination de mon admissibilité à une assurance ou à des garanties;
- à transmettre un bref rapport de mes renseignements personnels sur ma santé au MIB.

Le présent consentement vaut également pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes enfants mineurs, dans la mesure où ils sont visés par ma demande. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Signature de l'adhérent

Signature du conjoint

Signature du témoin

Date

Signature des enfants à charge
à assurer de 16 ans et plus
(14 ans et plus pour le Québec)

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 différents services financiers (assurances, rentes, crédit, etc.) 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.

DSF fait appel à des fournisseurs de services situés à l'extérieur du Canada pour accomplir certains mandats spécifiques 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. Vous pouvez obtenir de l'information concernant les politiques et pratiques de DSF en matière de transfert de renseignements personnels à l'extérieur du Canada en visitant le site web de DSF à l'adresse suivante : www.dsf-dfs.com ou en transmettant votre demande au Responsable de la protection des renseignements personnels chez DSF à l'adresse décrite ci-haut. Le Responsable de la protection des renseignements personnels de DSF pourra également répondre à vos questions concernant le transfert des renseignements personnels à des fournisseurs de services à l'extérieur du Canada.

AVIS RELATIF AU MIB

Les renseignements relatifs à votre assurabilité seront traités en toute confidentialité par Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, ses réassureurs ainsi que le MIB Inc., connu auparavant sous le nom Bureau de renseignements médicaux. Cet organisme sans but lucratif formé de compagnies d'assurance permet l'échange de renseignements entre ses membres. Si vous demandez une assurance vie ou santé ou si vous soumettez une demande de prestations à une autre compagnie membre du MIB, ce dernier lui fournira, à sa demande, les renseignements qu'il détient sur vous.

Le MIB reçoit des renseignements personnels, la collecte, l'utilisation et la divulgation de telles informations est régie par la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (LPRPDE) ainsi que par les lois provinciales. Par conséquent, le MIB a décidé de protéger les renseignements personnels d'une manière qui est sensiblement similaire à chacune des lois de ses membres canadiens et les pratiques de sécurité conformément aux lois applicables. Étant une société basée aux États-Unis, le MIB est aussi lié par les lois des États-Unis. Si vous avez des questions sur l'engagement du MIB pour protéger la confidentialité et la sécurité de vos renseignements personnels, vous pouvez communiquer avec le MIB au département de la confidentialité au privacy@mib.com.

À la réception d'une demande de votre part, le MIB vous permettra de prendre connaissance de tous les renseignements qu'il détient à votre sujet. Vous pouvez communiquer avec le MIB en composant le 416 597-0590. Si vous remettez en question l'exactitude de ces renseignements, vous pourrez demander leur correction conformément aux procédures figurant sur le site du MIB, à l'adresse www.mib.com (en anglais seulement). Vous pouvez aussi écrire à son bureau des renseignements, au 330 University Avenue, Suite 501, Toronto, Ontario, M5G 1R7.

Par ailleurs, Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie ou ses réassureurs pourront également communiquer des renseignements tirés de leurs dossiers à d'autres compagnies d'assurance vie auxquelles vous auriez demandé une assurance vie, une assurance maladie, des prestations ou des indemnités. Vous pouvez obtenir des renseignements destinés aux consommateurs sur le MIB en visitant son site Web, à l'adresse www.mib.com.