

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

À ÊTRE REMPLI PAR L'EMPLOYÉ

NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYÉ	Date de naissance			Sexe <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F
	AA	MM	JJ	
	Code postal			Numéro d'assurance sociale

S'agit-il d'un accident : . de travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non . de véhicule moteur? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non . d'une autre nature? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Préciser où, quand, comment et en présence de qui l'accident est survenu _____ _____ _____
--	---

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

Je déclare que les renseignements donnés ci-dessus sont complets et véridiques. Je reconnais avoir pris connaissance de la section Gestion des renseignements personnels au verso du présent formulaire. Aux strictes fins 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 la liste ne soit exhaustive, cette collecte pourra se réaliser auprès de professionnels de la santé ou d'établissements de santé, du 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 détiendrait 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 :	Numéro de téléphone (rés.) : () -
--------------------------	--------	------------------------------------

À ÊTRE REMPLI PAR L'EMPLOYEUR

1- Salaire annuel actuel de l'employé (brut) \$	2- Salaire annuel actuel de l'employé (net) \$	3- Code d'exemption Fédéral (TD1) <input type="text"/> Provincial (TPD1) <input type="text"/> Code	4- Indiquer les jours de travail d'une semaine normale LUN MAR MER JEU VEN SAM DIM			
5- Date d'entrée à votre service AA MM JJ	6- Profession	7- Dernier jour de travail à plein temps AA MM JJ	8- Délai de carence Du : AA MM JJ Au : AA MM JJ incl.			
9- S'agit-il d'un accident : . de travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non . de véhicule moteur? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non . d'une autre nature? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	10- L'employé est-il retourné au travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	11- Si oui, à quelle date? AA MM JJ	12- Si non, quand croyez-vous qu'il pourra retourner au travail? AA MM JJ			
13- Est-il encore à votre service? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	14- Si non, donner la : . date : AA MM JJ . raison : _____	15- Avez-vous présenté une demande de prestations auprès d'un organisme gouvernemental? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, nom de l'organisme : _____ Date de la demande : AA MM JJ				

Commentaires (s'il y a lieu)

Numéro de compte	Numéro de téléphone () -
------------------	------------------------------

Signature de la personne autorisée	Date	Fonction
------------------------------------	------	----------

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
-----------------------	---

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.