

Affaires nouvelles Modification majeure

Numéro de contrat :	Numéro de référence :
---------------------	-----------------------

Dossier de services financiers d'assurances, de rentes, de crédit et de services complémentaires

IMPORTANT : Pour le produit SOLO Essentiel Assurance salaire, **le preneur doit obligatoirement être la personne à assurer** et avoir 18 ans ou plus. Dans cette proposition d'assurance, nous utilisons le « vous » pour alléger le texte.

Table des matières

A - Identification de la personne à assurer (preneur).....	2
B - Prérequis pour SOLO Essentiel Assurance salaire.....	2
C - Emploi.....	2
D - Protections demandées.....	3
E - Modification à un contrat en vigueur.....	3
F - Assurance en vigueur.....	3
G - Prérequis pour la protection Maladie.....	4
H - Admissibilité à la protection Maladie.....	4
I - Examens demandés par le représentant.....	6
J - Revenu annuel.....	6
K - Bénéficiaire pour la protection Mort, mutilation ou perte d'usage accidentelles.....	6
L - Paiement de l'assurance.....	7
M - Avis relatif au MIB, LLC.....	9
N - Consentement lié à la gestion de vos renseignements personnels par le Mouvement Desjardins.....	11
O - Consentement lié à vos renseignements personnels chez Desjardins Assurances.....	13
P - Déclarations et autorisations.....	14
Q - Informations et déclaration du représentant.....	15
R - Consentement particulier.....	16

A - Identification de la personne à assurer (preneur)

Prénom		Nom	
Nom à la naissance		Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Date de naissance (aaaa-mm-jj)
Adresse (N°, rue, app.)		Ville	
Province ou territoire	Code postal	Courriel	
Numéro de téléphone à 10 chiffres			
Résidence : _____ Cellulaire : _____ Travail : _____, poste : _____			

 Est-ce que vous parlez et comprenez le français ? Oui Non

 Si **non**, indiquez la langue que vous parlez et répondez à la question ci-dessous : _____

 Qui vous expliquera le contenu de cette proposition d'assurance dans votre langue ? (**Note** : Cette personne ne doit pas être un bénéficiaire identifié dans la proposition.)


 Votre représentant Une autre personne – veuillez l'identifier ci-dessous :

Prénom	Nom	Lien avec vous
--------	-----	----------------

Section réservée au représentant – Vérification de l'identité de la personne à assurer
 Carte d'assurance maladie* Carte de citoyenneté Passeport Permis de conduire Autre carte-photo émise par un gouvernement

* Interdiction d'utiliser une carte émise par le Manitoba, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard.

Lieu d'émission Province, territoire ou État : _____ Pays : _____	Date d'expiration (aaaa-mm-jj) (un document expiré n'est pas valide)	Date de vérification de la pièce d'identité (aaaa-mm-jj)
---	---	---

B - Prérequis pour SOLO Essentiel Assurance salaire
 Si vous répondez **oui** à la **question 1**, ou si vous répondez **non** à la **question 2** ou à la **question 3**, vous n'êtes pas admissible à ce produit.

- 1- Avez-vous des limitations physiques qui résultent d'une blessure ou d'une condition médicale ou vos activités quotidiennes sont-elles limitées par une blessure ou une condition médicale ? Oui Non
- 2- Travaillez-vous présentement un minimum de 20 heures par semaine, 35 semaines par année ? Oui Non
- 3- Êtes-vous un citoyen canadien ou un résident permanent (immigrant reçu) ? Oui Non

C - Emploi

- Indiquez votre profession en utilisant le libellé exact de la profession et de l'industrie dans la liste des professions.
- Pour vos fonctions, veuillez décrire vos tâches manuelles ou physiques, de gestion ou de bureau, de ventes, de supervision ou autres.
- Si vous exercez plus d'une profession, indiquez la classe professionnelle de la profession avec le risque le plus élevé (la classe 1 représente le meilleur risque).

 Occupez-vous un autre emploi plus de 15 % de votre temps ? Oui Non

 Si **non**, indiquez votre profession principale. Si **oui**, indiquez votre profession principale et votre ou vos professions secondaires.

Profession principale	Description des fonctions
Profession secondaire	Description des fonctions

 Classe professionnelle : 1 2 3 4 5 5b

 Êtes-vous admissible à des prestations d'un régime d'indemnisation des accidents du travail ? Oui Non

Si vous exercez les fonctions de conducteur, veuillez répondre aux questions ci-dessous.

Quel type de conducteur êtes-vous ? _____

Que transportez-vous ? _____

 Est-ce que vos tâches manuelles ou physiques représentent plus de 15 % de votre travail ? Oui Non

D - Protections demandées

Cochez la ou les protections voulues et remplissez toutes les sections requises dans le présent formulaire.

SOLO Essentiel Assurance salaire	Type de couverture		Période d'attente			Période d'indemnisation		Rente mensuelle*
	24 heures	Non relié à l'emploi	0 jour	30 jours	120 jours	5 ans	à 70 ans	
Accident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Maladie	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Fracture accidentelle	<input type="checkbox"/>							
Mort, mutilation ou perte d'usage accidentelles		<input type="checkbox"/> 100 000 \$	<input type="checkbox"/> 200 000 \$	<input type="checkbox"/> 300 000 \$	<input type="checkbox"/> 400 000 \$	<input type="checkbox"/> 500 000 \$		

* Par tranche de 100 \$ avec un minimum de 500 \$. La rente mensuelle ne peut dépasser la rente mensuelle admissible au point (C) de la **section J**.

E - Modification à un contrat en vigueur

Cochez la ou les modifications voulues et remplissez toutes les sections requises dans le présent formulaire, selon la modification demandée.

Modification demandée

Ajout d'une protection – Cochez la protection visée :

- Maladie Mort, mutilation ou perte d'usage accidentelles :
 Fracture accidentelle 100 000 \$ 200 000 \$ 300 000 \$ 400 000 \$ 500 000 \$

Augmentation de la période d'indemnisation : À 70 ans Protection visée : Accident Maladie

Diminution de la période d'indemnisation : 5 ans Protection visée : Accident Maladie

Augmentation de la période d'attente : 30 jours 120 jours Protection visée : Accident Maladie

Diminution de la période d'attente : 0 jour 30 jours Protection visée : Accident Maladie

Augmentation de la rente – Cochez la protection visée : Maladie ou Accident

- Montant de la rente* : _____ \$
- Période d'indemnisation : 5 ans À 70 ans
- Période d'attente : 0 jour 30 jours 120 jours

* La rente mensuelle ne peut dépasser la rente mensuelle admissible au point (C) de la **section G**.

Diminution de la rente – Cochez la protection visée : Maladie ou Accident

- Montant de la rente* : _____ \$ (par tranche de 100 \$ avec un minimum de 500 \$)
- Période d'indemnisation : 5 ans À 70 ans
- Période d'attente : 0 jour 30 jours 120 jours

* La rente mensuelle ne peut dépasser la rente mensuelle admissible au point (C) de la **section G**.

Passage d'une protection **Accident - 24 heures** à une protection **Accident - non reliée à l'emploi**

- Période d'indemnisation : 5 ans À 70 ans
- Période d'attente : 0 jour 30 jours 120 jours

Passage d'une protection **Accident - non reliée à l'emploi** à une protection **Accident - 24 heures**

- Période d'indemnisation : 5 ans À 70 ans
- Période d'attente : 0 jour 30 jours 120 jours


F - Assurance en vigueur

Est-ce que cette proposition vise à remplacer une protection établie par Desjardins Assurances ou une autre compagnie ? Oui Non
 Si **oui**, veuillez remplir un avis ou un préavis de remplacement selon les règles de votre province ou territoire, si nécessaire.

Déterminez-vous une protection qui vous couvre en cas de décès, de mutilation ou de perte d'usage accidentels ? Oui Non
 Si **oui**, indiquez le montant total d'assurance que vous détenez a) chez Desjardins Assurances : _____ b) auprès d'autres compagnies : _____

G - Prérequis pour la protection Maladie


G1 - Troubles de santé

 Si vous répondez **oui** à la **question 1, 2 ou 3**, vous n'êtes pas admissible à la protection **Maladie**.

Avez-vous déjà consulté, reçu des conseils ou été traité pour ce qui suit ?

- 1- Crise cardiaque, accident vasculaire cérébral ou toute maladie ou tout trouble des vaisseaux sanguins du cœur ou du cerveau ? Oui Non
- 2- Maladie de Parkinson, sclérose en plaques, paralysie, infirmité motrice cérébrale, maladie de Lou Gehrig (sclérose latérale amyotrophique ou SLA), maladie de Huntington, dystrophie musculaire, maladie d'Alzheimer, schizophrénie ou toute maladie ou tout trouble du cerveau ou du système nerveux ? Oui Non
- 3- a) Emphysème, lupus, cirrhose hépatique, pancréatite alcoolique, maladie polykystique des reins, fibrose kystique, SIDA, para-SIDA (maladie liée au SIDA) ? Oui Non
- b) Avez-vous déjà obtenu un résultat positif à un test de dépistage des anticorps du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou toute maladie ou tout trouble du système immunitaire ? Oui Non

G2 - Taille et poids

 Selon votre taille, si votre poids est inférieur au poids minimal ou supérieur au poids maximal indiqué dans le tableau ci-dessous, vous n'êtes pas admissible à la protection **Maladie**.

Veillez indiquer votre taille : _____ cm ou _____ pi _____ po Veillez indiquer votre poids : _____ kg ou _____ lb

Taille		Poids minimal		Poids maximal	
(pieds/pouces)	(cm)	(livres)	(kg)	(livres)	(kg)
4' 10" - 4' 11"	147 - 151	90	40	195	88
5' 0" - 5' 2"	152 - 158	97	44	205	93
5' 3" - 5' 4"	159 - 163	105	48	225	102
5' 5" - 5' 6"	164 - 168	108	49	230	104
5' 7" - 5' 8"	169 - 173	114	51	245	111
5' 9" - 5' 10"	174 - 179	120	54	250	113
5' 11" - 6' 0"	180 - 184	128	58	270	122
6' 1" - 6' 2"	185 - 189	135	61	280	127
6' 3" - 6' 4"	190 - 194	143	64	300	136
6' 5" - 6' 7"	195 - 201	150	68	310	140

H - Admissibilité à la protection Maladie

H1 - Identification du médecin traitant

Indiquez les coordonnées du médecin qui détient votre dossier médical.

Prénom et nom du médecin		Adresse (N°, rue, app.)	
Ville	Province ou territoire	Code postal	Numéro de téléphone à 10 chiffres
Date de votre dernière consultation (aaaa-mm-jj)	Raison et résultats de votre dernière consultation		

H2 - Antécédents familiaux

Avez-vous dans votre famille (père, mère, frères, sœurs) des antécédents de cancer, de maladie polykystique des reins, de maladie de Huntington ou de toute autre maladie héréditaire ? Oui Non

Si **oui**, veuillez remplir le tableau ci-dessous.

	Maladie(s)	Âge au début de la maladie	Âge si vivant	Âge au décès	Cause du décès
Père					
Mère					
Frères					
Soeurs					

H - Admissibilité à la protection Maladie (suite)
H3 - Habitudes de consommation

Faites-vous usage de :	Si oui , indiquez la quantité par semaine.	En avez-vous fait un plus grand usage au cours des 5 dernières années ? Si oui , expliquez les raisons du changement et la quantité consommée.
Boissons alcoolisées ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Narcotiques ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres drogues ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

H4 - Dossier judiciaire

Au cours des 5 dernières années, avez-vous été reconnu coupable d'actes ou d'infractions criminels ou des accusations sont-elles actuellement en instance contre vous ? Oui Non

H5 - Troubles de santé spécifiques

1- Avez-vous déjà consulté un professionnel de la santé, reçu des traitements ou subi une opération ou des tests pour l'un ou l'autre des troubles suivants ? Oui Non

Si **oui**, veuillez remplir le tableau ci-dessous.

Cancer, tumeur (maligne ou bénigne), polype, kyste ou trouble des glandes lymphatiques	<input type="checkbox"/>	Troubles cardiaques (incluant angine de poitrine, douleur thoracique, souffle cardiaque)	<input type="checkbox"/>
Diabète ou dérèglement thyroïdien	<input type="checkbox"/>	Troubles des oreilles (incluant la surdité, mais excluant les otites)	<input type="checkbox"/>
Céphalées chroniques, migraines, épilepsie, convulsions, étourdissement, syncope ou perte de conscience	<input type="checkbox"/>	Troubles des seins, de la prostate ou des organes reproducteurs	<input type="checkbox"/>
Hépatite	<input type="checkbox"/>	Troubles des yeux (incluant la cécité et la névrite optique, mais excluant la myopie et la presbytie)	<input type="checkbox"/>
Ischémie cérébrale transitoire (ICT), hypertension ou trouble du système circulatoire	<input type="checkbox"/>	Faiblesse musculaire, engourdissement ou picotement des membres	<input type="checkbox"/>
Troubles de la colonne vertébrale, du cou ou du dos (incluant douleur, entorse, étirement, sciatique ou maladie discale)	<input type="checkbox"/>	Troubles gastro-intestinaux (incluant œsophage, estomac, pancréas, intestins, foie ou vésicule biliaire), ulcère, saignement interne ou colite	<input type="checkbox"/>
Troubles du nez ou de la gorge (incluant la perte de la parole)	<input type="checkbox"/>	Troubles musculaires ou des os (incluant arthrite et ostéoporose)	<input type="checkbox"/>
Troubles rénaux, de la vessie, des voies urinaires ou des organes génitaux (incluant sang ou sucre dans les urines)	<input type="checkbox"/>	Troubles musculosquelettiques, du genou, de la cheville, du pied, de la hanche, du poignet, du coude, de l'épaule ou des articulations (incluant malformations et amputations)	<input type="checkbox"/>
Tuberculose, apnée du sommeil ou autres troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	Troubles pulmonaires, bronchite, toux persistante ou chronique, essoufflement ou asthme	<input type="checkbox"/>

2- Consultez-vous présentement un médecin, un chiropraticien, un physiothérapeute, un psychologue ou un autre professionnel de la santé ou prenez-vous des médicaments ? Oui Non

3- Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu des symptômes, des malaises ou des signes pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin ou avez-vous été avisé de subir des tests ou une opération qui n'ont pas encore été effectués ou pour lesquels vous êtes en attente de résultats ? Oui Non

4- Au cours des 5 dernières années, avez-vous souffert d'une maladie ou subi une blessure qui a entraîné une absence du travail de plus de 10 jours consécutifs ? Oui Non

Si vous avez répondu **oui** aux questions des **sections H4 et H5**, veuillez donner des détails complets et précis ci-dessous. Veuillez indiquer le numéro de la question, les symptômes, le diagnostic, la date de traitement, la durée de chaque épisode et les médecins vous ayant traité. De plus, veuillez indiquer les absences du travail et si la réhabilitation est complète. Si vous n'êtes pas complètement rétabli, veuillez indiquer les problèmes persistants, les traitements, les séquelles ou les suivis. Veuillez également, s'il y a lieu, détailler les actes ou infractions criminels.

N°	Détails

I - Examens demandés par le représentant
Directives pour le représentant :

- Si vous n'avez pas demandé d'examens, n'indiquez rien dans cette section. À l'extérieur du Québec, veuillez fournir les exigences et remplir cette section.
- Lorsque vous demandez des examens relativement à un dossier Prestige, avisez la firme paramédicale qu'il s'agit d'un tel dossier.

Firme paramédicale

-
- Solutions d'assurance Dynacare
-
- ExamOne
-
- Autre :

Examens demandés

-
- Examen paramédical
-
- Profil sanguin
-
- Analyse d'urine

J - Revenu annuel

		Salaire de l'année en cours
Employé		\$
		Revenu annuel (revenu net déclaré dans votre T1 : lignes 13500 à 14300)
Employé à la commission		\$
Travailleur autonome ou associé : maximum entre 100 % de (1) et 50 % de (2)	Revenu annuel (1) (revenu net déclaré dans votre T1 : ligne 13500 à 14300)	Chiffre d'affaires brut annuel (2) (selon la part détenue)
	\$	Chiffre d'affaires \$
Propriétaire d'une compagnie constituée en personne morale (inc.) : maximum entre 100 % de (1) et 50 % de (2)	Revenu annuel de l'entreprise (1) (selon la part détenue)	Coût des marchandises vendues - \$
	Salaire \$	OU
	Profit ou (perte) de l'entreprise + \$	Salaires et charges sociales (sauf de l'assuré) - \$
	Total = \$	Total = \$
Rente mensuelle maximale d'après le Tableau de rente mensuelle maximale		= \$ (A)
Montant total d'assurance invalidité individuelle ou collective en vigueur (y compris les produits de Desjardins Assurances)		= \$ (B)
Rente mensuelle admissible (A-B)		= \$ (C)


K - Bénéficiaire pour la protection Mort, mutilation ou perte d'usage accidentelles

Prénom et nom du bénéficiaire	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien du bénéficiaire avec : - le preneur, pour un contrat établi au Québec - l'assuré, pour un contrat établi dans une province ou un territoire autre que le Québec	Sexe	Statut
Prénom		<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Nom				
Prénom et nom du fiduciaire pour un bénéficiaire mineur*	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien du fiduciaire avec le bénéficiaire	Sexe	
Prénom			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Nom				

L - Paiement de l'assurance**Information sur la prime**

Prime annuelle : _____ \$ **OU** Prime mensuelle : _____ \$

Choix du mode de paiement

 Veuillez cocher **une seule case** pour identifier comment vous voulez effectuer les **paiements périodiques** de votre contrat.

Débits préautorisés – Veuillez remplir le formulaire **09312F – Accord de débits préautorisés (DPA)**, section **Paiements périodiques**.

Carte de crédit – Le titulaire de la carte de crédit doit appeler au 1 888 558-5525.

Important : La carte de crédit peut être utilisée pour une fréquence de paiement **annuelle** seulement (maximum de 10 000 \$).

 _____  _____ _____
Prénom et nom du titulaire de la carte de crédit Signature du titulaire de la carte de crédit Date (aaaa-mm-jj)

En signant ci-dessus, je confirme que je suis le titulaire de la carte de crédit et j'accepte qu'elle soit utilisée pour payer le montant indiqué dans cette section.

Chèque – Veuillez joindre un chèque original à l'ordre de Desjardins Assurances.

Important : Le chèque peut être utilisé pour une fréquence de paiement **annuelle** seulement.



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

M - Avis relatif au MIB, LLC

Qu'est-ce que le MIB, LLC ?

Le MIB, LLC (« MIB ») est un organisme qui permet l'échange d'information entre des compagnies d'assurance membres du MIB Group Inc. et exerçant leurs activités au Canada et aux États-Unis. Il gère une base de données qui contient les profils des clients de ces compagnies d'assurance.

Quelles informations échangeons-nous et pourquoi ?

Comme presque tous les assureurs qui offrent de l'assurance de personnes au Canada, Desjardins Assurances fait partie du MIB et peut échanger des informations vous concernant avec cet organisme.

Le MIB permet de confirmer que les informations fournies par les clients des compagnies d'assurance membres sont complètes et exactes.

Nous échangeons uniquement de l'information sur les éléments qui peuvent avoir une influence sérieuse sur votre santé ou votre espérance de vie, comme :

- les troubles médicaux importants
- la pratique d'un passe-temps dangereux
- un mauvais dossier de conduite
- la consommation d'alcool ou de drogues
- un dossier criminel

Ces informations deviennent alors disponibles pour les autres compagnies d'assurance membres. Le MIB conserve généralement ces informations pendant 7 ans.

À quels moments échangeons-nous ces informations ?

Quand nous recevons :

- une demande d'assurance vous concernant
- une réclamation

De plus, si une autre compagnie membre reçoit une demande d'assurance vous concernant dans les 2 ans après la soumission de la présente demande d'assurance, nous pourrions communiquer des renseignements au MIB à l'intention de cette autre compagnie.

Vos renseignements personnels sont bien protégés

Le MIB est tenu aux mêmes exigences de confidentialité des renseignements personnels que tout assureur au Canada. Il doit donc respecter les lois canadiennes et provinciales en matière de protection des renseignements personnels.

Comme le MIB est basé aux États-Unis, vos renseignements pourraient être transférés à l'extérieur du Canada. Sachez que le MIB doit aussi respecter les lois des États-Unis en matière de protection des renseignements personnels.

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter la politique du MIB sur la protection de vos renseignements personnels en visitant le www.mib.com/privacy_policy.html (en anglais seulement).

Vous avez le droit de consulter vos renseignements et de les faire corriger au besoin

Vous devez contacter directement le MIB aux coordonnées suivantes :

- Par courriel canadadisclosure@mib.com
- Par téléphone 1 866 692-6901
- Par courrier
MIB, LLC
50 Braintree Hill Park, Suite 400
Braintree MA 02184-8734 USA
- Site Internet www.mib.com



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

N - Consentement lié à la gestion de vos renseignements personnels par le Mouvement Desjardins**1. Gestion de vos renseignements personnels**

Pour vous servir au quotidien et pour respecter nos obligations légales, nous devons recueillir, utiliser et partager des renseignements personnels à votre sujet. Pour plus de détails, consultez la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins au www.desjardins.com/politique-confidentialite.

Des consentements spécifiques pour assurer la réalisation et la continuité du service chez Desjardins Assurances peuvent vous être demandés. Ces démarches seront entreprises dans le respect de la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins.

Desjardins Assurances traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. Vos renseignements ne sont consultés que par les employés qui doivent y accéder pour exécuter leurs tâches.

2. Vos droits

Vous avez le droit :

- de consulter les renseignements personnels que le Mouvement Desjardins détient à votre sujet
- de faire corriger tout renseignement incomplet, ambigu ou non pertinent

Pour savoir comment faire, consultez la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins.

3. Collecte ou transfert de vos renseignements personnels à l'extérieur du Canada

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 recueillis et/ou transférés dans un autre pays et qu'ils soient soumis aux lois de ce pays.

Vous pouvez trouver l'information sur nos politiques et pratiques en matière de collecte et de transfert de renseignements personnels à l'extérieur du Canada en consultant la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins. Vous pouvez aussi obtenir cette information ou poser toute question à ce sujet en communiquant avec nous au 1 888 558-5525.

En signant ci-dessous :

- vous reconnaissez avoir pris connaissance de la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins, que vous pouvez consulter au www.desjardins.com/politique-confidentialite,
- vous autorisez le Mouvement Desjardins à recueillir, à utiliser et à partager des renseignements personnels selon les conditions décrites dans cette politique et la réglementation applicable,
- vous comprenez et acceptez que le présent consentement a préséance sur tout autre consentement que vous avez signé par le passé,
- vous comprenez que le présent consentement sera valide aussi longtemps que vous aurez une relation d'affaires avec une composante du Mouvement Desjardins.

_____
Signature de la personne à assurer (preneur)_____
Signé à (ville, province ou territoire)_____
Date (aaaa-mm-jj)



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

O - Consentement lié à vos renseignements personnels chez Desjardins Assurances

1. Pourquoi Desjardins Assurances a besoin de votre consentement

Votre consentement nous permet de recueillir, utiliser et partager les renseignements personnels nécessaires aux fins suivantes :

1. étudier une demande d'assurance de votre part
2. gérer votre dossier pendant la durée de l'assurance
3. traiter une réclamation

De plus, votre consentement nous permet de faire ce qui suit, au besoin :

- consulter un ancien dossier d'assurance que vous avez chez Desjardins Assurances, si c'est le cas
- demander un rapport d'enquête sur vous à une agence de renseignements personnels, si nécessaire
- communiquer au MIB, LLC un résumé de vos renseignements personnels, y compris des renseignements sur votre santé, après l'étude d'une demande d'assurance de votre part

Le MIB, LLC est un organisme qui gère une base de données permettant à des compagnies d'assurance au Canada et aux États-Unis de recueillir et partager de l'information sur leurs clients.

- communiquer à votre médecin tout renseignement médical obtenu à votre sujet pendant l'étude d'une demande d'assurance ou réclamation de votre part pour que l'information vous soit transmise
- communiquer à tout assureur ou réassureur tout renseignement pertinent (comme des résultats d'exams médicaux) pour leur permettre d'évaluer une demande d'assurance de votre part

En nous donnant votre consentement, vous autorisez également nos réassureurs à recueillir, utiliser et partager vos renseignements personnels de la même façon que nous. Nos réassureurs sont des compagnies qui nous assurent nous, Desjardins Assurances.

2. Auprès de qui vos renseignements personnels sont-ils recueillis ou partagés ?

Vous donnez votre consentement pour la collecte et le partage des renseignements nécessaires auprès de vous, mais aussi auprès d'autres personnes et organisations. Ces personnes et organisations comprennent, entre autres :

- le MIB, LLC
- des professionnels ou professionnelles de la santé ou des établissements de santé (exemples : médecins, hôpitaux, cliniques)
- des fournisseurs de services de santé
- des firmes paramédicales
- des organismes publics ou parapublics
- d'autres assureurs que Desjardins Assurances
- des réassureurs
- votre employeur ou un ex-employeur
- le preneur (le ou la propriétaire du contrat d'assurance), si vous n'êtes pas cette personne
- toute autre composante de Desjardins, si elle est concernée par l'assurance
- une agence de renseignements personnels ou une agence d'investigation

En signant ci-dessous, vous autorisez Desjardins Assurances et ses réassureurs à recueillir, à utiliser et à partager des renseignements personnels selon les conditions décrites dans cette section, la réglementation applicable et la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins. Vous pouvez consulter cette politique au www.desjardins.com/politique-confidentialite.

X

Signature de la personne à assurer (preneur)

Signé à (ville, province ou territoire)

Date (aaaa-mm-jj)

P - Déclarations et autorisations

- 1- Vous déclarez que toutes les réponses et les déclarations que vous avez fournies dans la présente proposition, ou dans tout autre questionnaire ou formulaire s'y rapportant, sont véridiques et complètes. Vous comprenez que toutes ces réponses et déclarations serviront de base à l'établissement du contrat.
- De plus, vous comprenez que tous les renseignements supplémentaires recueillis par Desjardins Assurances en lien avec votre assurabilité dans le cadre de l'étude de la demande d'assurance (questionnaires, examens, tests, entrevues téléphoniques, etc.) serviront aussi de base à l'établissement du contrat.
- 2- Vous vous engagez à aviser Desjardins Assurances de tout changement dans votre assurabilité entre la date de signature de la proposition et la date de prise d'effet des protections demandées, telle qu'elle est définie dans les Dispositions générales du contrat qui sera établi. Un tel changement peut comprendre, par exemple :
- Un changement dans l'état de santé
 - Un trouble, une maladie, une affection, une blessure, une opération ou un traitement
 - Une consultation, un examen ou un traitement par un professionnel de la santé
 - Une recommandation de prendre un rendez-vous 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, quel qu'il soit, qui n'a pas encore eu lieu
 - Un accident
 - Un changement d'emploi, de fonctions ou de responsabilités
 - Un changement dans les habitudes de vie :
 - Consommation de tabac, de produits de nicotine, d'alcool, de cannabis, etc.
 - Pratique d'un sport dangereux
 - Voyage ou séjour à l'extérieur du Canada ou des États-Unis
 - Une infraction au Code de la sécurité routière ou à d'autres lois similaires
 - Une infraction au Code criminel
 - Etc.
- 3- Vous consentez à ce que l'assurance soit établie sur votre personne.
- 4- Vous reconnaissez que :
- a) le produit vous a été bien décrit et que la nature des protections demandées vous a été bien précisée;
 - b) les exclusions applicables à ces protections vous ont été clairement expliquées;
 - c) vous avez reçu ou on vous a présenté l'illustration expliquant les caractéristiques des protections demandées;
 - d) le représentant vous a communiqué par écrit le nom des sociétés d'assurance de personnes avec lesquelles il fait affaire, le fait qu'il reçoit des commissions ou un salaire pour la vente de leurs produits d'assurance de personnes et qu'il peut être admissible à une rémunération supplémentaire, comme des bonis, ou à des avantages non pécuniaires, comme la participation à des congrès ou à d'autres activités de reconnaissance.
- 5- Vous reconnaissez que toute déclaration inexacte peut entraîner l'annulation du contrat.
- 6- Vous reconnaissez avoir lu la **section M - Avis relatif au MIB, LLC** (page 9).
- 7- La protection **Accident** prend effet à la date de la signature de la proposition d'assurance (ou, si la proposition est signée le 29, le 30 ou le 31 du mois, le 1^{er} du mois suivant), à condition que la prime initiale soit payée à Desjardins Assurances.
- 8- Si la protection **Maladie** est souscrite à la même date que la protection **Accident**, elle prendra effet à la date d'acceptation de cette protection par Desjardins Assurances, le tout sous réserve que la prime initiale soit payée à Desjardins Assurances et que toutes les conditions pour que le document Solo Essentiel Assurance salaire – Maladie puisse vous être délivré soient remplies, y compris mais sans s'y limiter, la réception et l'acceptation de tous les avenants, modifications et exclusions requis pour le contrat, signés dans le délai imparti par Desjardins Assurances.
- 9- En cas d'ajout de protection ou de modification d'un contrat existant, l'ajout ou la modification prendra effet à la date d'acceptation de la demande par Desjardins Assurances, le tout sous réserve que la prime afférente à l'ajout ou à la modification soit payée à Desjardins Assurances et que toutes les conditions pour que la documentation afférente à l'ajout ou à la modification puisse vous être délivrée soient remplies, y compris mais sans s'y limiter, la réception et l'acceptation de tous les avenants, modifications et exclusions requis pour le contrat, signés dans le délai imparti par Desjardins Assurances.
- 10- Vous confirmez avoir lu la présente section avant de la signer.


X

Signature de la personne à assurer (preneur)

Signé à (ville, province ou territoire)

Date (aaaa-mm-jj)

Consentement du bénéficiaire irrévocable et du créancier

 Cette section doit être signée seulement si une **modification** est apportée au contrat.**Bénéficiaire irrévocable de la protection Mort, mutilation ou perte d'usage accidentelles** : Je déclare que je consens à toute modification demandée dans le présent document, y compris la révocation de ma désignation à titre de bénéficiaire irrévocable, s'il y a lieu.

Prénom et nom **X** Signature Signé à (ville, province ou territoire) Date (aaaa-mm-jj)

Prénom et nom **X** Signature Signé à (ville, province ou territoire) Date (aaaa-mm-jj)

Créancier ayant pris une garantie sur le contrat : Je déclare que je consens à toute modification demandée dans le présent document.

Nom du créancier **X** Signature Signé à (ville, province ou territoire) Date (aaaa-mm-jj)

Q - Informations et déclaration du représentantRémunération : de carrière accélérée sans objet

Le représentant déclare :

- 1- que la personne à assurer (preneur) a lu toutes les questions de la présente proposition et qu'à sa connaissance, ses réponses sont véridiques et complètes;
- 2- qu'il a vu la personne à assurer (preneur) et qu'il a dûment vérifié son identité;
- 3- qu'il a fait part des informations suivantes à la personne à assurer (preneur) ou qu'il les lui a communiquées par écrit : le nom des sociétés d'assurance de personnes avec lesquelles il fait affaire, le fait qu'il reçoit des commissions ou un salaire pour la vente de leurs produits d'assurance de personnes et qu'il peut être admissible à une rémunération supplémentaire, comme des bonis, ou à des avantages non pécuniaires, comme la participation à des congrès ou à d'autres activités de reconnaissance;
- 4- qu'il a déclaré par écrit à la personne à assurer (preneur) tout conflit d'intérêts relatif à cette proposition.

Prénom du représentant	Nom du représentant	Code du représentant	Code du centre financier
Courriel		% de répartition %	Cochez si vous êtes stagiaire <input type="checkbox"/>
Prénom du représentant	Nom du représentant	Code du représentant	Code du centre financier
Courriel		% de répartition %	Cochez si vous êtes stagiaire <input type="checkbox"/>
Prénom du représentant	Nom du représentant	Code du représentant	Code du centre financier
Courriel		% de répartition %	Cochez si vous êtes stagiaire <input type="checkbox"/>

Le représentant est-il la personne à assurer ?

 Oui Non**X** _____
Signature du représentant Date (aaaa-mm-jj)**QUÉBEC SEULEMENT** - Si le représentant est un stagiaire, veuillez remplir cette section.

Prénom du superviseur	Nom du superviseur	Code du représentant	Code du centre financier
Courriel			

X _____
Signature du superviseur (au Québec seulement) Date (aaaa-mm-jj)

R - Consentement particulier**Applicable au Québec seulement**

Dans le cadre de l'offre de services financiers d'assurances et de rentes qu'un de nos représentants pourra vous faire, nous souhaitons utiliser des renseignements nécessaires d'ordre personnel ou financier. Pour plus de précisions sur le contenu de chacune de ces catégories de renseignements, vous pouvez vous reporter au verso. Veuillez autoriser, dans le tableau ci-dessous, les « Catégories de renseignements nécessaires à être communiqués » auxquelles vous consentez.

Après avoir pris connaissance de l'Avis de consentement particulier présenté au verso, je soussigné consens à ce que les renseignements que Desjardins Sécurité financière, Cabinet de services financiers détient à mon égard soient utilisés dans le cadre d'une offre de services financiers d'assurances et de rentes.

Ce consentement sera valide jusqu'à sa révocation ou jusqu'à la date de révocation indiquée ci-dessous.

Identification et signature – personne à assurer (preneur)		Catégories de renseignements nécessaires à être communiqués et Autorisation du client	
Prénom et nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Personnels <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de révocation (s'il y a lieu)
Signature X	Date de signature (aaaa-mm-jj)	Financiers <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Conformément à la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé, **vous pouvez demander qu'on vous donne accès aux renseignements qu'on détient sur vous.**

R - Consentement particulier (suite)**Avis de consentement particulier****Vous êtes libre de donner ce consentement ou non**

Article 92 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers

Ce que vous devez savoir

- Nous détenons, aujourd'hui, des renseignements à votre sujet.
- Nous avons besoin de votre consentement pour permettre à certains de nos représentants d'avoir accès à ces renseignements.
- Ces représentants auront aussi accès aux mises à jour des renseignements faites pendant la durée du consentement.
- Ces représentants utiliseront les renseignements disponibles **afin de vous solliciter pour de nouveaux produits et services financiers.**

Vous êtes libre d'établir la durée de validité de votre consentement

- Si vous accordez un consentement pour une période indéterminée, vous pourrez en tout temps y mettre fin en le révoquant.
À la fin du présent formulaire, vous trouverez un modèle de révocation que vous pourrez utiliser ou dont vous pourrez vous inspirer.
- Si vous voulez accorder un consentement pour une période limitée, vous pourrez le faire en fixant vous-même cette période.
Le présent formulaire prévoit à la section « Consentement particulier » un endroit où vous pourrez inscrire la période désirée.

La Loi sur la distribution de produits et services financiers vous donne des droits importants.

Sans cette autorisation spécifique, Desjardins Sécurité financière, Cabinet de services financiers ne pourra utiliser ces renseignements à d'autres fins que celles pour lesquelles ils ont été recueillis. **Desjardins Sécurité financière, Cabinet de services financiers ne peut vous contraindre à donner ce consentement ni refuser de continuer à faire affaire avec vous du seul fait que vous refusez de le lui donner;** l'article 94 de la loi vous protège. Pour de plus amples renseignements, communiquez avec l'Autorité des marchés financiers à l'un des numéros suivants :

Québec : 418 525-0337 Montréal : 514 395-0337 Sans frais : 1 877 525-0337

Les renseignements que nous détenons à votre sujet, aujourd'hui, ont été recueillis dans le cadre de l'offre de services financiers d'assurances, de rentes, de crédit et services complémentaires.

Catégories de renseignements nécessaires à être communiqués

Personnels : notamment prénom et nom, date de naissance, sexe, adresse, numéro de téléphone, emploi.

Financiers : notamment revenu personnel et familial, personnes à charge, autres assurances et rentes en vigueur, placements, bilan financier, si entreprise : actif et passif.

Modèle de révocation du consentement particulier

Prénom et nom (en lettres majuscules)			Numéro de contrat
Adresse (N°, rue, app.)			Date de naissance (aaaa-mm-jj)
Ville	Province ou territoire	Code postal	Numéro de téléphone à 10 chiffres

Je révoque le consentement particulier donné à

Desjardins Sécurité financière, Cabinet de services financiers
200, rue des Commandeurs, Lévis (Québec) G6V 6R2

par l'avis suivant :

En date du _____
(aaaa-mm-jj)

Par la présente, je soussigné, _____, vous avise que j'annule
Prénom et nom de la personne assurée (preneur)

le consentement particulier visant à vous permettre d'utiliser les renseignements qui me concernent à de nouvelles fins.

Consentement que je vous ai donné le : _____
Date du consentement (aaaa-mm-jj)

X _____
Signature de la personne assurée (preneur)



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