

## DEMANDE DE PRESTATIONS D'ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

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

Le versement de votre prestation d'assurance invalidité se fera uniquement par dépôt direct.  
Veuillez joindre un chèque spécimen portant la mention «ANNULÉ».

### IDENTIFICATION ET RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX À REMPLIR PAR L'EMPLOYÉ.

Nom et prénom de l'employé			Date de naissance AAAA MM JJ			Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Adresse - N°, rue, appartement		Ville	Province	Code postal	Numéro d'assurance sociale		

S'agit-il d'un accident de :  Travail  Véhicule moteur  Autre nature

Préciser où, quand, comment et en présence de qui l'accident est survenu :

---

---

---

---

### ADHÉSION AU SERVICE DE DÉPÔT DIRECT

Veuillez joindre à ce formulaire un chèque spécimen portant la mention «Annulé».

J'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, ci-après nommée Desjardins Assurances, à déposer le versement de ma prestation, au moyen du système de **DÉPÔT DIRECT**, dans le compte que je détiens auprès de l'institution financière suivante :

Nom de l'institution financière	N° d'institution	N° de transit/succursale	N° de compte
Adresse - N°, rue, bureau	Ville	Province	Code postal

Toute somme créditée à mon compte, en vertu de la présente autorisation, sera identifiée par le code de transaction **DÉPÔT DIRECT** et je reconnais que toute somme ainsi créditée constituera un paiement effectué en conformité avec cette autorisation.

La présente autorisation entrera en vigueur le \_\_\_\_\_ et prendra fin après un préavis écrit de 10 jours que Desjardins Assurances me transmettra ou que je lui transmettrai.

Signature de l'employé :

Date :

### 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 Assurances : 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, de MIB inc. (connu auparavant sous le nom de 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 Assurances 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.) : ( ) -

**TRÈS IMPORTANT**

**VEUILLEZ FAIRE REMPLIR LE VERSO DU FORMULAIRE PAR VOTRE EMPLOYEUR ET LA DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT - DEMANDE INITIALE (N° 02025) PAR VOTRE MÉDECIN.**  
**VEUILLEZ FAIRE PARVENIR TOUS LES FORMULAIRES REMPLIS À DESJARDINS ASSURANCES, PRESTATIONS D'INVALIDITÉ.**

**SECTION À REMPLIR 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)      Provincial (TPD1) Code      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 AAAA    MM    JJ	6- Profession		7- Dernier jour de travail à plein temps AAAA    MM    JJ			8- Délai de carence AAAA    MM    JJ Du : _____ Au : _____ 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? AAAA    MM    JJ			12- Si non, quand croyez-vous qu'il pourra retourner au travail? AAAA    MM    JJ			
13- Est-il encore à votre service? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	14- Si non, donner la : AAAA    MM    JJ · date : _____ · 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 :						

Commentaires (s'il y a lieu)

---



---



---

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

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

**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.