

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

Identification de l'assuré

Nom		Date de naissance
Prénom	Numéro de contrat	Numéro du prestataire

Renseignements généraux

1. Diagnostic

2. Date à laquelle les symptômes de cette maladie se sont manifestés pour la première fois **AAAA - MM - JJ**

3. Date de la première consultation médicale relative aux symptômes liés à cette maladie **AAAA - MM - JJ**

4. Avez-vous un médecin de famille? Oui Non
Si oui, précisez son nom : _____ Depuis quand? _____

5. Au cours des 2 années précédant la date de votre diagnostic, avez-vous consulté un médecin ou un professionnel de la santé ou été hospitalisé pour une ou des raisons médicales? Oui Non Si oui, veuillez remplir le tableau suivant :

Nom des médecins ou des professionnels consultés	Raisons médicales	Dates des consultations	Nom des hôpitaux où vous avez été traité	Périodes d'hospitalisation
		AAAA - MM - JJ		du : AAAA - MM - JJ au : AAAA - MM - JJ
		AAAA - MM - JJ		du : AAAA - MM - JJ au : AAAA - MM - JJ

6. Au cours des 2 années précédant la date de votre diagnostic, avez-vous pris des médicaments? Oui Non Si oui, veuillez remplir le tableau suivant :

Raisons médicales	Nom des médicaments	Périodes
		du : AAAA - MM - JJ au : AAAA - MM - JJ
		du : AAAA - MM - JJ au : AAAA - MM - JJ

7. Au cours des 2 années précédant la date de votre diagnostic, avez-vous eu différents employeurs? Oui Non Si oui, veuillez remplir le tableau suivant :

Nom et adresse	Durée de l'emploi
	du : AAAA - MM - JJ au : AAAA - MM - JJ
	du : AAAA - MM - JJ au : AAAA - MM - JJ

8. Fumez-vous la cigarette, le cigarillo, le cigare, la pipe ou faites-vous usage de toute autre forme de tabac ou d'un substitut comme de la gomme ou un timbre de nicotine? Oui Non

9. Avez-vous déjà fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit? Oui Non Si oui, date de cessation : **AAAA - MM - JJ**

10. Si vous êtes en arrêt de travail ou avez cessé de vaquer à vos activités habituelles en raison de cette maladie, veuillez répondre aux questions suivantes.

- a) Dernier jour complet de travail ou date à laquelle vous avez cessé de vaquer à vos activités habituelles : **AAAA - MM - JJ**
- b) Avez-vous effectué au moins 80 heures de travail payé au cours des 4 semaines précédant le dernier jour complet de travail?
 Oui Non Sinon, veuillez préciser la raison : _____
- c) Nom de votre employeur : _____ Son numéro de téléphone : **IND. RÉGIONAL + N°**

Déclaration – Je déclare que toutes les réponses données ci-dessus sont complètes et véridiques.

Signature de l'assuré (ou de son mandataire) _____ Date _____