

RAPPORT D'ASSURABILITÉ SOINS DENTAIRES

Joindre une copie de la demande d'assurance ou d'adhésion lorsque vous soumettez un rapport d'assurabilité.

IDENTIFICATION

Nom et prénom de l'adhérent		N° de contrat	N° de compte	N° de certificat
Adresse de l'adhérent – N°, rue, app.		Ville	Province	Code postal
N° de téléphone		Fonction		
Résidence :		Travail :		

Nom de l'employeur (ou du groupe ou du preneur)

Adresse – N°, rue, bureau	Ville	Province	Code postal
---------------------------	-------	----------	-------------

IDENTIFICATION DES PERSONNES À ASSURER

	Nom, prénom	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)		Nom, prénom	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)
ADHÉRENT			ENFANTS		
CONJOINT					

Est-ce que l'une ou l'autre des personnes à assurer :

	ADHÉRENT		CONJOINT		ENFANTS	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1. est actuellement sous les soins d'un dentiste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 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"/>
3. souffre actuellement 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"/>
4. 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 Prénom _____ Date _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Prénom _____ 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 Nbre _____ Prénom _____ Date _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nbre _____ Prénom _____ 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 Nbre _____ Prénom _____ Date _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nbre _____ Prénom _____ 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 Nbre _____ Prénom _____ Date _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nbre _____ Prénom _____ Date _____

REPLIR LE VERSO.

	ADHÉRENT	CONJOINT	ENFANTS	
Tout autre traitement Si oui, veuillez préciser :	<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 Prénom _____ Date _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Prénom _____ Date _____
Veuillez préciser toute réponse affirmative aux questions 3 et 4 soit : diagnostic, traitement, durée et résultat			Prénom _____	Prénom _____

DÉCLARATION ET AUTORISATION RELATIVES À VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Je déclare que les réponses ci-dessus sont 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, LLC 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. 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 (DSF), ci-après nommée Desjardins Assurances, ou ses réassureurs : 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 cette liste soit exhaustive, cette collecte pourra se réaliser auprès de professionnels de la santé ou d'établissements de santé, du MIB, LLC, 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; b) à ne communiquer qu'à ces personnes physiques ou morales ou à ces organismes publics ou parapublics que les seuls renseignements personnels qu'elle détient à mon sujet et qui sont nécessaires à l'objet de mon 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 détient déjà et dont l'objet est accompli; d) à communiquer à mon médecin personnel tout renseignement médical obtenu à mon sujet durant l'évaluation de mon dossier; e) à communiquer à d'autres assureurs ou réassureurs tout renseignement à mon sujet qui est pertinent aux fins de la détermination de mon admissibilité à une assurance ou à des garanties; f) à transmettre un bref rapport de mes renseignements personnels au MIB, LLC y compris ceux sur ma santé. Afin d'atteindre les fins identifiées ci-dessus et pour vous offrir un accompagnement qui répond à vos besoins, vos renseignements pourraient être utilisés, sur une base dépersonnalisée, pour des analyses, des statistiques et l'élaboration de modèles prédictifs. La présente autorisation vaut également pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où elles sont visées par ma demande. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original. Si le directeur médical de Desjardins Assurances le juge à propos, je l'autorise à transmettre les renseignements obtenus au titre de l'étude de ma demande d'assurance ou la raison qui supporte la décision de la compagnie, à :

Nom et adresse du médecin _____

Signature de l'adhérent _____ Signature du conjoint _____ Date _____

Signature des enfants à charge à assurer de 18 ans et plus (14 ans pour le Québec) _____

GESTION DES 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. Desjardins Assurances peut aussi communiquer avec ses assurés à des fins de gestion optimale de leur santé (outils d'aide aux réclamations, documentation informative sur la santé, etc.) et offrir à ces derniers un produit d'assurance à la suite de la cessation de leur assurance collective. Vous avez le droit d'examiner les renseignements personnels que nous détenons à votre sujet et de demander la correction de tout renseignement incomplet, ambigu ou non pertinent. Pour connaître comment soumettre une telle demande, consultez notre Politique de confidentialité.

AVIS RELATIF AU MIB, LLC

Les renseignements relatifs à l'assurabilité de la personne à assurer seront traités en toute confidentialité par Desjardins Assurances, ses réassureurs ainsi que le MIB, LLC. Cet organisme sans but lucratif formé de compagnies d'assurance permet l'échange de renseignements entre ses membres. Si vous présentez une demande d'assurance de personnes ou si vous faites une demande de prestations pour un assuré auprès d'une autre compagnie membre du MIB, LLC, ce dernier lui fournira, à sa demande, les renseignements qu'il détient sur cette personne.

Le MIB, LLC reçoit des renseignements personnels dont la collecte, l'utilisation et la divulgation sont régies par la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (LPRPDE) et les lois provinciales. Par conséquent, le MIB, LLC consent à protéger ces renseignements d'une manière qui s'aligne nettement sur les pratiques de Desjardins Assurances en matière de respect de la vie privée et de protection des renseignements personnels et qui se conforme aux lois applicables. Ayant son siège social aux États-Unis, le MIB, LLC est aussi lié par les lois des États-Unis en matière de divulgation des renseignements personnels. Vous pouvez consulter la politique du MIB, LLC sur la protection des renseignements personnels des consommateurs en visitant le www.mib.com/privacy_policy.html (en anglais seulement).

À la réception d'une demande d'un assuré, le MIB, LLC lui communiquera tous les renseignements contenus dans son dossier. Tout assuré peut communiquer avec le MIB, LLC par courriel au canadadislosure@mib.com ou en composant le 1 866 692-6901. Si un assuré remet en question l'exactitude de ces renseignements, il pourra demander leur correction conformément aux procédures figurant sur le site du MIB, LLC, à l'adresse www.mib.com (en anglais seulement). Tout assuré peut aussi écrire au bureau des renseignements du MIB, LLC au 50 Braintree Hill Park, Suite 400, Braintree MA 02184-8734.

Par ailleurs, Desjardins Assurances ou ses réassureurs peuvent également transmettre des renseignements tirés de leurs dossiers à d'autres compagnies d'assurance de personnes auxquelles une personne aurait demandé une assurance de personnes ou présenté une demande de prestations. Les consommateurs peuvent obtenir des renseignements supplémentaires sur le MIB, LLC en visitant le site www.mib.com.

Retourner l'original de ce formulaire avec une copie de la demande d'assurance (d'adhésion) à Desjardins Assurances et en conserver une copie pour vos dossiers.

Desjardins Assurances, C. P. 3000, Lévis (Québec) G6V 9X8