



Desjardins

Assurances | VIE · SANTÉ · RETRAITE

**PROPOSITION D'ASSURANCE
VIE AUTONOME
SOINS DE LONGUE DURÉE
PARTIE 1**

Pour toute information concernant les déclarations médicales ou pour l'évaluation des risques, veuillez communiquer avec nous par l'entremise de Lifeplans au 1 877 300-8338.

1, Complexe Desjardins
Montréal (Québec)
H5B 1E2

95, avenue St. Clair Ouest
Toronto (Ontario)
M4V 1N7

Numéro de contrat

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

A - PERSONNE À ASSURER ET PRENEUR

Langue du contrat : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> ASSURÉ SEULEMENT <input type="checkbox"/> ASSURÉ ET PRENEUR	<input type="checkbox"/> PRENEUR SEULEMENT
Réservé à la compagnie		
Prénom		
Nom		
Nom à la naissance		
Sexe	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
Date de naissance	AAAA MM JJ <input type="checkbox"/> Conserver âge	AAAA MM JJ <input type="checkbox"/> Conserver âge
Lieu de naissance (province ou pays)		
Si au Canada depuis moins de 2 ans	<input type="checkbox"/> Date d'arrivée au Canada (AAAA-MM-JJ) _____ <input type="checkbox"/> Immigrant reçu <input type="checkbox"/> Réfugié <input type="checkbox"/> Autres (préciser) _____ Avez-vous un statut de résident permanent ou avez-vous fait la demande de statut de résident permanent? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Avez-vous l'intention de demeurer en permanence au Canada? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Êtes-vous couvert par un régime médical provincial? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Date d'arrivée au Canada (AAAA-MM-JJ) _____ <input type="checkbox"/> Immigrant reçu <input type="checkbox"/> Réfugié <input type="checkbox"/> Autres (préciser) _____ Avez-vous un statut de résident permanent ou avez-vous fait la demande de statut de résident permanent? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Avez-vous l'intention de demeurer en permanence au Canada? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Êtes-vous couvert par un régime médical provincial? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Langue parlée	Est-ce que vous parlez et comprenez le français? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « Non », indiquez la langue que vous parlez : _____ Si votre langue n'est ni le français ni l'anglais, remplir le formulaire « Déclaration relative à une langue étrangère » disponible sur web .	Est-ce que vous parlez et comprenez le français? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « Non », indiquez la langue que vous parlez : _____ Si votre langue n'est ni le français ni l'anglais, remplir le formulaire « Déclaration relative à une langue étrangère » disponible sur web .
Numéro d'assurance sociale	(si requis pour raisons fiscales)	(si requis pour raisons fiscales)
Adresse résidentielle	<input type="checkbox"/> Même adresse que l'assuré	
	Ville	Ville
	Province Code postal	Province Code postal
	Courriel	Courriel
Téléphone	Rés. Bur. Cell. poste	Rés. Bur. Cell. poste
Disponibilité du client entre 8 h et 17 h	Pouvons-nous contacter votre client ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Entre h et h <input type="checkbox"/> rés. <input type="checkbox"/> bur.	Pouvons-nous contacter votre client ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Entre h et h <input type="checkbox"/> rés. <input type="checkbox"/> bur.
Employeur (nom et ville)		
Emploi / revenu annuel	\$	\$

Nom (en majuscules) du représentant	Cochez si stagiaire	Code Représentant	Code Centre financier	% de répartition	Courriel
	<input type="checkbox"/>			%	
	<input type="checkbox"/>			%	

B - CHOIX DES GARANTIES

L'illustration (tableau du siège social) doit être soumise avec la proposition.

MONTANT DE LA RENTE MENSUELLE

Minimum 1 000 \$
Maximum 8 500 \$

PRIME PAYABLE

- À vie
 20 ans *
* Pour prime payable pendant 20 ans, la seule durée des prestations disponible est « À vie »

DURÉE DES PRESTATIONS

- 2 ans
 5 ans
 À vie

DÉLAI D'ATTENTE

- 30 jours
 90 jours
 180 jours

OPTIONS

- Remboursement au décès (veuillez remplir la section bénéficiaire ci-dessous)

Prénom et nom du bénéficiaire	Lien avec l'assuré	Sexe	Statut
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Conjoint marié <input type="checkbox"/> Conjoint uni civilement <input type="checkbox"/> Autre (spécifier) : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

- Augmentation du montant d'assurance

C - PAIEMENT ET PRIME

Veuillez compléter l'accord de débit préautorisé (DPA) à la page 6 de la proposition lorsque le «retrait direct» est choisi comme mode de paiement. Pour être valide, la page 6 doit être signée par le titulaire du compte.

Montant total de la prime

Annuelle \$ Prime Modale \$

Méthode de paiement

- Retrait direct - DPA :

- Annuel Semestriel Mensuel

- Par chèque :

- Annuel Semestriel

Paieement de la première prime

- Retrait direct À la livraison
 Chèque inclus avec la proposition : \$

- Réduction pour couple

Numéro de proposition du conjoint

D - INSTRUCTIONS SPÉCIALES (INDIQUEZ TOUS LES DÉTAILS PERTINENTS POUR L'ÉTABLISSEMENT DU CONTRAT DEMANDÉ.)

Veuillez utiliser une feuille supplémentaire au besoin.



E - DÉCLARATIONS - SECTION 1

POUR ÊTRE ADMISSIBLE, LA PERSONNE À ASSURER DOIT RÉPONDRE « NON » AUX QUESTIONS 1 À 5.

Si vous êtes admissible, veuillez remplir la section 2

Prénom	Nom à la naissance		Date de naissance		
			AAAA	MM	JJ
Total de l'assurance vie, maladie grave (MG), soins de longue durée (SLD) et assurance mort ou mutilation accidentelle (MMA) en vigueur:	SLD	\$	Vie	\$	
	MMA	\$	MG	\$	
Taille			pi	po ou	cm
Poids			lb ou kg		
Cause de toute variation de poids de 4,5 kg (10 lb) ou plus depuis un an					
1- Avez-vous actuellement besoin de l'aide ou de la supervision d'une autre personne ou recevez-vous une telle aide ou une telle supervision pour accomplir l'une des activités suivantes (veuillez encercler celles auxquelles s'appliquent votre réponse) : vous laver; vous habiller; vous coucher; vous déplacer de votre lit ou de votre chaise; faire votre toilette; contrôler vos intestins et/ou votre vessie; manger; prendre vos médicaments; marcher à l'intérieur; marcher à l'extérieur?			Oui	Non	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2- Avez-vous actuellement besoin de l'aide ou de la supervision d'une autre personne ou recevez-vous une telle aide ou une telle supervision pour accomplir l'une des activités suivantes en raison de votre condition physique ou psychologique (Si « OUI », veuillez encercler celles auxquelles s'appliquent votre réponse) : utiliser le téléphone; gérer vos finances; faire le ménage; faire la lessive; assurer vos déplacements; faire des courses; préparer les repas?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3- Utilisez-vous actuellement un ou plusieurs des appareils suivants : déambulateur (marchette); fauteuil roulant; inhalateur à oxygène; lit d'hôpital; appareil de dialyse; appareil respiratoire; canne tétrapode (canne à quatre sabots); voiturette motorisée?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4- Souffrez-vous de diabète ET avez-vous un des troubles suivants : maladie cardiovasculaire (à l'exception d'une hypertension bien contrôlée); accident vasculaire cérébral complet ou ischémie cérébrale transitoire; neuropathie; insuffisance rénale; rétinopathie; ulcère de la peau ou aux jambes?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5- Avez-vous souffert, souffrez-vous actuellement ou avez-vous déjà eu un diagnostic pour une des conditions suivantes ou avez-vous reçu des traitements à l'égard d'une de ces conditions :			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), séropositivité pour le VIH ou syndrome apparenté au SIDA (SAS) <input type="checkbox"/> maladie d'Alzheimer <input type="checkbox"/> sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig) <input type="checkbox"/> cirrhose du foie <input type="checkbox"/> amnésie chronique, sénilité, démence ou syndrome cérébral organique <input type="checkbox"/> sclérose en plaques <input type="checkbox"/> cancer de deux types ou plus (excluant cancer de la peau) ou cancer métastatique (cancer s'étant propagé à une autre partie du corps) <input type="checkbox"/> dystrophie musculaire <input type="checkbox"/> plus de une mini-attaque vasculaire cérébrale ou d'un accident vasculaire cérébral (AVC) <input type="checkbox"/> maladie de Parkinson <input type="checkbox"/> vessie neurogène <input type="checkbox"/> insuffisance rénale <input type="checkbox"/> amputation d'un membre suite à une maladie <input type="checkbox"/> chorée de Huntington <input type="checkbox"/> paraplégie <input type="checkbox"/> quadriplégie					

E - DÉCLARATIONS - SECTION 2

Pour chaque réponse affirmative aux questions suivantes, veuillez fournir les détails pertinents dans la partie « Explications », à la page 4.

Au cours des cinq dernières années, avez-vous reçu des conseils ou des traitements médicaux, consulté un professionnel de la santé, pris des médicaments, reçu un diagnostic médical ou été admis dans un hôpital ou un autre établissement de santé, pour l'un ou l'autre des troubles suivants :	Oui	Non
6- crise cardiaque; hypertension artérielle; insuffisance cardiaque; chirurgie cardiaque; angioplastie; accident cérébral vasculaire, ischémie cérébrale transitoire ou mini-attaque vasculaire cérébrale; douleurs thoraciques; rythme cardiaque irrégulier; autres troubles cardiaques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- cancer; tumeur; maladie de Hodgkin; lymphome; autre malignité ou tumeur; anémie ou autre maladie du sang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- diabète, insulino-dépendant ou non; maladie du pancréas ou du foie; hépatite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- troubles du cerveau; troubles mentaux, affectifs ou nerveux; dépression; confusion; anxiété; alcoolisme; toxicomanie, dépendance à des médicaments; évanouissements; absences; épilepsie; convulsions; autres troubles neurologiques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- emphysème, asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC); essoufflements; autres troubles respiratoires?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- arthrose; arthrite rhumatoïde; ostéoporose; douleurs musculaires ou articulaires; maladie des os, des articulations ou de la colonne vertébrale; fracture de la hanche ou du genou ou remplacement d'une autre articulation; amputation; ou toute autre condition causant une difformité, une limitation de mouvement ou l'utilisation d'une prothèse ou d'une orthèse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- paralysie, engourdissements; troubles de la vue; perte d'équilibre; chutes; tremblements; ulcères de la peau?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13- une chirurgie, des tests de diagnostic (sanguins ou autres) ou des traitements ont-ils été suggérés, recommandés, planifiés ou discutés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14- Avez-vous reçu des soins à domicile, dans un centre de jour ou été admis dans un centre de soins prolongés, un foyer pour personnes âgées ou dans une autre institution, ou vous a-t-on recommandé de le faire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15- Avez-vous consulté un professionnel de la santé ou été traité pour tout autre trouble qui n'a pas été mentionné (à l'exclusion des soins d'un podiatre, d'un chiropraticien ou d'un dentiste et des examens courants de la vue)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16- Êtes-vous actuellement invalide ou recevez-vous actuellement des prestations d'invalidité?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F - DÉCLARATIONS ET AUTORISATIONS

Le preneur et les personnes à assurer déclarent que toutes les réponses figurant dans la présente proposition, ou dans tout autre questionnaire ou formulaire s'y rapportant, sont véridiques et complètes, au meilleur de leur connaissance. Il en est de même pour toute entrevue téléphonique ou autre relative aux déclarations d'assurabilité. Ils acceptent que Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, se serve de toutes ces réponses et déclarations comme base à l'établissement du ou des contrats.

Chaque personne à assurer consent à ce que l'assurance soit établie sur sa personne.

Le preneur reconnaît :

- Que le produit lui a été bien décrit et que la nature de la ou des garanties choisies lui a été bien précisée;
- Que les exclusions applicables à cette ou ces garanties lui ont été clairement expliquées;
- Que le représentant lui a communiqué par écrit, le nom des sociétés d'assurance de personne avec lesquelles il transige, le fait qu'il perçoive des commissions pour la vente de leurs produits d'assurance vie et santé et qu'il puisse être admissible

à une rémunération supplémentaire, comme des bonis ou des avantages non pécuniaires, tel que des incitatifs sous forme de voyage.

Le preneur et les personnes à assurer reconnaissent :

- Que toute déclaration inexacte, y compris celle relative à l'usage du tabac, peut entraîner l'annulation du contrat;
- Qu'ils ont lu l'Avis relatif au MIB, Inc. (page 7) / Gestion des renseignements personnels (page 8) et qu'ils en ont reçu une copie.

Chacun des preneurs et chacune des personnes à assurer ont lu cette section avant de la signer.

IDENTIFICATION DU PRENEUR 1	IDENTIFICATION DU PRENEUR 2
<input type="checkbox"/> Permis de conduire <input type="checkbox"/> Carte de citoyenneté <input type="checkbox"/> Certificat de naissance <input type="checkbox"/> Carte d'assurance maladie* <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Carte-photo d'identification (hors Québec)	<input type="checkbox"/> Permis de conduire <input type="checkbox"/> Carte de citoyenneté <input type="checkbox"/> Certificat de naissance <input type="checkbox"/> Carte d'assurance maladie* <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Carte-photo d'identification (hors Québec)
* Non autorisée au Manitoba, en Ontario et à l'Île-du-Prince Édouard.	
Numéro de la pièce d'identification : _____ Lieu d'émission : _____ Date d'expiration (AAAA-MM-JJ) : _____ X _____ <p style="text-align: center;">Signature du preneur 1</p>	Numéro de la pièce d'identification : _____ Lieu d'émission : _____ Date d'expiration (AAAA-MM-JJ) : _____ X _____ <p style="text-align: center;">Signature du preneur 2</p>

X _____

Signature de la personne à assurer

Nom (en majuscules) du représentant

Numéro de téléphone du représentant

Nom (en majuscules) du superviseur (Québec seulement)

X _____

Signature du représentant, veuillez cocher si stagiaire

X _____

Signature du superviseur (Québec seulement)

Signé à _____, le _____ jour de _____ 20__ AA

AVIS DE DIVERGENCE (Réservé à la compagnie)

Veuillez signer les autorisations à la collecte et à la communication de renseignements personnels à la page 7.

Titulaire(s) et coordonnées du compte

Nom et prénom du ou des titulaires		Numéro de téléphone
Adresse (rue, ville, province)		Code postal
Nom et adresse de l'institution financière	Numéro de transit	Numéro de compte

Autorisation du retrait

J'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (ci-après appelée « DSF ») et l'institution financière où est détenu mon compte (ou toute autre institution financière que je pourrai désigner) à prélever, selon mes instructions, le montant à la fréquence demandée :

Mensuelle
 Semestrielle
 Annuelle

Jour du retrait (choisir entre le 1^{er} et le 28) : _____
 Montant de la prime: _____ \$

Numéro(s)	Montant(s) à retirer
	Total

Instructions spéciales

Type d'accord de DPA :
 Personnel
 Entreprise

Renonciation

Je renonce à recevoir un avis écrit avant le premier débit et à tout autre avis confirmant des changements au débit décrit ci-dessus.

Changement ou annulation

J'informerai DSF de tout changement à cet accord dans les 10 jours ouvrables précédant la date prévue du prochain DPA.

Je peux annuler le présent accord à tout moment en envoyant un préavis à DSF dans les 10 jours ouvrables précédant la date prévue du prochain DPA.

Je peux obtenir un spécimen de formulaire d'annulation ou pour plus d'information sur mon droit d'annulation d'un accord de DPA en m'adressant à mon institution financière ou en visitant le www.cdnpay.ca.

L'annulation du présent accord ne met pas fin aux obligations du preneur à l'égard de son ou ses contrats.

DSF peut annuler l'accord de DPA en envoyant un préavis de 30 jours au preneur. L'annulation peut notamment être effectuée lorsque des débits préautorisés sont refusés par l'institution financière, et ce, quelle que soit la raison du refus.

Autorisation à la collecte et à la communication de renseignements personnels

Je consens à ce que les renseignements personnels contenus dans le présent accord soient divulgués à l'institution financière de DSF et au preneur du ou des contrats payés par cet accord.

Signature(s)

Je garantis que toutes les personnes dont les signatures sont requises pour ce compte ont signé le présent accord.

Remboursement

J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout DPA qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent accord de DPA. Pour obtenir plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter le www.cdnpay.ca.

Signature du ou des titulaires

_____ Signature du titulaire du compte	_____ Date (AAAA-MM-JJ)
_____ Signature du second titulaire (s'il s'agit d'un compte pour lequel deux signatures sont requises)	_____ Date (AAAA-MM-JJ)

IMPORTANT : Joindre un chèque personnel portant la mention « ANNULÉ » pour éviter toute erreur de transcription.

AUTORISATION À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Aux strictes fins de l'établissement de mon assurabilité, de la gestion de mon dossier et du règlement des demandes de prestations, j'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF) ou ses réassureurs :

- 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 MIB, Inc., des 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;
- 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;

- 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 et dont l'objet est accompli;
- à communiquer à mon médecin personnel tout renseignement médical obtenu à mon sujet durant l'évaluation de mon dossier;
- 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;
- à transmettre un bref rapport de mes renseignements personnels au MIB, Inc., y compris ceux sur ma santé.

La présente autorisation vaut également pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes enfants mineurs, dans la mesure où ils sont visés par ma demande.

Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature du preneur

Signature du preneur (s'il y a lieu)

Signature de l'assuré

Date

AUTORISATION À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Aux strictes fins de l'établissement de mon assurabilité, de la gestion de mon dossier et du règlement des demandes de prestations, j'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF) ou ses réassureurs :

- 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 MIB, Inc., des 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;
- 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;

- 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 et dont l'objet est accompli;

- à communiquer à mon médecin personnel tout renseignement médical obtenu à mon sujet durant l'évaluation de mon dossier;

- 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;

- à transmettre un bref rapport de mes renseignements personnels au MIB, Inc., y compris ceux sur ma santé.

La présente autorisation vaut également pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes enfants mineurs, dans la mesure où ils sont visés par ma demande.

Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature du preneur

Signature du preneur (s'il y a lieu)

Signature de l'assuré

Date

AVIS RELATIF AU MIB, INC. - À REMETTRE AU PRENEUR

Les renseignements relatifs à l'assurabilité de la personne à assurer seront traités en toute confidentialité par Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF), ses réassureurs ainsi que le MIB, Inc. 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, Inc., ce dernier lui fournira, à sa demande, les renseignements qu'il détient sur cette personne.

Le MIB, Inc. 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, Inc. consent à protéger ces renseignements d'une manière qui s'aligne nettement sur les pratiques de DSF 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, Inc. est aussi lié par les lois des États-Unis en matière de divulgation des renseignements personnels. Si vous avez des questions sur l'engagement du MIB, Inc. à assurer la confidentialité des renseignements personnels d'un assuré, vous pouvez joindre son Service de protection de la vie privée à l'adresse privacy@mib.com.

À la réception d'une demande d'un assuré, le MIB, Inc. lui communiquera tous les renseignements contenus dans son dossier. Tout assuré peut communiquer avec le MIB, Inc. en composant le **416 597-0590**. 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, Inc., à l'adresse www.mib.com (en anglais seulement). Tout assuré peut aussi écrire au bureau des renseignements du MIB, Inc. au **330 University Avenue, Suite 501, Toronto, Ontario, M5G 1R7**.

Par ailleurs, DSF 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, Inc. en visitant le site www.mib.com.



Desjardins
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

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



Desjardins
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

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

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 différents services financiers (assurances, rentes, crédit, etc.) 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 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 transférés dans un autre pays et qu'ils soient soumis aux lois de ce pays. Il est possible d'obtenir de l'information concernant les politiques et pratiques de DSF en matière de transfert de renseignements personnels à l'extérieur du Canada en visitant le site Web de DSF, à l'adresse www.desjardinsassurancevie.com, ou en transmettant une demande à cette fin au Responsable de la protection des renseignements personnels de DSF, à l'adresse indiquée précédemment. Le Responsable de la protection des renseignements personnels de DSF pourra également répondre à vos questions concernant le transfert de renseignements personnels à des fournisseurs de services à l'extérieur du Canada.

LE PARAGRAPHE QUI SUIT NE S'APPLIQUE QUE SI LE PRESENT FORMULAIRE EST SOUMIS PAR UN REPRESENTANT DE DSF OU UN REPRESENTANT AFFILIE A DSF.

DSF peut utiliser la liste de ses clients pour les informer de ses promotions ou leur offrir un nouveau produit. DSF peut aussi donner cette liste à une autre entité du Mouvement Desjardins pour qu'elle s'en serve aux mêmes fins. Si vous ne voulez pas recevoir de telles offres, 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.