

Numéro de la ou des propositions

 **Ce consentement concerne la personne à assurer.**

Directives à l'intention du représentant

- L'obtention du consentement de la personne à assurer **n'est pas obligatoire** dans le cadre d'une demande d'assurance.
- **Seule la personne à assurer** peut être informée des renseignements personnels complémentaires que vous pourriez obtenir à son sujet auprès de Desjardins Assurances.

 Dans la section 3 ci-dessous, nous utilisons le terme « représentant » pour désigner :

- le représentant avec qui le preneur fait affaire; **et**
- certains membres désignés du personnel administratif du centre financier auquel le représentant est rattaché.

1. Identification de la personne à assurer

Prénom	Nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)
--------	-----	--------------------------------

2. Identification du représentant

Prénom	Nom	Code du représentant
--------	-----	----------------------

3. À quoi sert ce consentement?

Dans le cadre d'une demande d'assurance, vous devez fournir différents renseignements personnels, comme ceux liés à votre santé et à vos habitudes de vie. Lorsque nous étudions la demande d'assurance, il arrive que nous obtenions des renseignements **complémentaires** à ceux que vous nous avez déjà fournis. Sachez que nous ne sommes pas autorisés à partager ces renseignements complémentaires avec le représentant, à moins que vous nous autorisiez à le faire.

En signant ce consentement, vous nous autorisez à partager ces renseignements complémentaires avec le représentant pour qu'il puisse vous expliquer la décision prise à l'égard de l'assurance demandée.

Exemples de renseignements personnels complémentaires que nous pourrions partager avec le représentant :

- Des résultats d'examen médicaux et/ou d'épreuves de laboratoire
- Des précisions sur votre santé, comme des maladies ou des troubles de santé particuliers (ex. : maladies mentales, maladies infectieuses, consommation de médicaments, de drogues ou d'alcool), des traitements reçus ou votre participation à des programmes de réhabilitation
- Des renseignements sur votre santé et vos habitudes de vie que nous pourrions découvrir lors de l'étude de la demande d'assurance et que vous ignoriez au moment où vous avez signé la proposition d'assurance
- Vos antécédents professionnels et votre situation financière
- Une infraction au Code de la sécurité routière ou à d'autres lois similaires
- Une infraction au Code criminel

 **Rassurez-vous! Même si vous nous autorisez à partager des renseignements personnels complémentaires avec le représentant, nous ne lui divulguons pas de renseignements que nous jugeons hautement confidentiels (ex. : résultats de tests qui démontrent la présence d'une maladie grave).**

Fin du consentement

Ce consentement prendra fin **60 jours** après la date à laquelle le représentant aura été informé de notre décision à l'égard de l'assurance demandée.

Annulation du consentement

Vous pouvez annuler ce consentement en tout temps en nous appelant au 1 877 315-8484.

Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

4. Déclaration et signature

En signant ci-dessous, je reconnais avoir pris connaissance du présent consentement et en comprendre la portée.

Personne à assurer âgée de **14 ans ou plus** (Québec) ou de **16 ans ou plus** (provinces ou territoires autres que le Québec)

X

Signature de la personne à assurer

Signé à (ville, province ou territoire)

Date (aaaa-mm-jj)

Si la personne à assurer a **moins de 14 ans** (Québec) ou **moins de 16 ans** (provinces ou territoires autres que le Québec), la signature d'un parent, tuteur ou représentant légal est requise.

Identification du signataire : ☐ Parent (père ou mère) ☐ Tuteur (Québec) ☐ Représentant légal (provinces ou territoires autres que le Québec)

X

Prénom et nom du signataire (en lettres majuscules)

Signature

Signé à (ville, province ou territoire)

Date (aaaa-mm-jj)

Si la personne à assurer est majeure et qu'elle est déclarée légalement inapte, le signataire autorisé identifié ci-dessous doit signer en son nom.

- Veuillez joindre les documents légaux qui confirment l'inaptitude de la personne à assurer et donnent le pouvoir d'agir au signataire autorisé.

Prénom

Nom

Adresse (N°, rue, app.)

Ville

Province ou territoire

Code postal