

RÉCLAMATION D'ASSURANCE MALADIE

AFIN QUE VOTRE RÉCLAMATION SOIT TRAITÉE, VEUILLEZ RÉPONDRE À **TOUTES** LES QUESTIONS QUI S'APPLIQUENT À VOTRE SITUATION ET **SIGNEZ** LA SECTION I.

A - IDENTIFICATION - SECTION OBLIGATOIRE

Informations disponibles sur votre carte de paiement ou votre attestation d'assurance.

N° de police ou groupe ou contrat	N° de certificat	Nom du groupe ou du preneur ou de l'employeur	
Nom et prénom de l'adhérent		Sexe ☐ M ☐ F	Date de naissance AAAA MM JJ
Adresse - N°, rue, appartement		Ville	Province Code postal

B - COORDINATION DES PRESTATIONS

Si vous êtes couvert par plus d'un régime d'assurance, la coordination des prestations peut vous faire profiter d'un remboursement pouvant aller jusqu'à 100 % de vos frais admissibles.

COMMENT SOUMETTRE UNE RÉCLAMATION LORSQU'IL Y A DEUX ASSUREURS :

- Le détenteur de la police doit d'abord faire parvenir la réclamation à son assureur. Par la suite, il doit fournir à Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF), ci-après nommée Desjardins Assurances, le détail des remboursements (bordereau explicatif) ainsi que les copies des reçus.
- Dans le cas des enfants à charge, les réclamations doivent être d'abord présentées à l'assureur du parent dont l'anniversaire de naissance est le plus tôt dans l'année civile.

Nom et prénom du détenteur de l'autre protection d'assurance		Sexe ☐ M ☐ F	Date de naissance AAAA MM JJ
Nom de l'assureur ☐ Desjardins ☐ Autre Assurances	Période de couverture AAAA MM JJ Du AAAA MM JJ Au	Si l'autre assurance est détenue auprès de Desjardins Assurances : N° de contrat : N° de certificat :	
Type(s) de couverture détenue : ☐ Médicaments ☐ Soins dentaires ☐ Soins médicaux et paramédicaux ☐ Soins visuels ☐ Voyage	Type de protection : ☐ Individuelle ☐ Couple ☐ Monoparentale ☐ Familiale	Nom et prénom des personnes à charge couvertes par cette autre protection d'assurance	

C - RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX PERSONNES À CHARGE

Pour la période au cours de laquelle les frais ont été engagés.

Je confirme que les personnes désignées ci-après répondent aux définitions de conjoint et enfant à charge du contrat auquel cette réclamation s'applique.

Utilisez une seule ligne par personne.

ENFANTS ÂGÉS DE 18 OU 21 ANS OU PLUS (selon la police)

Si votre enfant est atteint d'une déficience fonctionnelle, veuillez nous fournir un rapport médical attestant son incapacité.

Nom de famille et prénom	Relation	Sexe	Date de naissance	Étudiant à temps plein ou atteint d'une déficience fonctionnelle	Nom de l'établissement scolaire
	☐ Conjoint ☐ Enfant	☐ M ☐ F	AAAA MM JJ	☐ Étudiant à t. plein AAAA MM JJ Du Au ☐ Déf. fonct. AAAA MM JJ	
	☐ Conjoint ☐ Enfant	☐ M ☐ F	AAAA MM JJ	☐ Étudiant à t. plein AAAA MM JJ Du Au ☐ Déf. fonct. AAAA MM JJ	
	☐ Conjoint ☐ Enfant	☐ M ☐ F	AAAA MM JJ	☐ Étudiant à t. plein AAAA MM JJ Du Au ☐ Déf. fonct. AAAA MM JJ	

Dans le cas d'un changement de conjoint, veuillez préciser :

☐ Date du début de la cohabitation : AAAA MM JJ	OU	☐ Date du mariage : AAAA MM JJ	Est-ce qu'un enfant est né de cette union? ☐ Non ☐ Oui	Date de naissance : AAAA MM JJ
--	----	---	--	--------------------------------

D - COMPTE DE DÉPENSES DE FRAIS DE SANTÉ

Si vous avez cette garantie, cochez l'option que vous désirez.

J'atteste que les frais indiqués me donnent droit à un remboursement en vertu de mon compte de dépenses de frais de santé.

Je reconnais que je suis responsable du paiement de tout impôt pouvant résulter du remboursement de ces frais et, qu'à des fins fiscales ou administratives, l'administrateur de mon régime peut avoir accès à un relevé des frais pour lesquels j'ai demandé un remboursement en vertu de mon compte de dépenses de frais de santé.

☐ Je ne désire pas utiliser mon compte de dépenses de frais de santé.	☐ Partie des frais non admissibles - Je désire utiliser mon compte de dépenses de frais de santé pour la partie des frais qui n'est pas remboursée par mon assurance collective.	☐ Couverture familiale du conjoint - Je désire utiliser mon compte de dépenses de frais de santé pour moi et mes enfants à charge pour la portion des frais qui n'est pas remboursée par mon assurance de base. Je ne soumettrai pas une réclamation à l'assureur de mon conjoint (coordination des prestations).
--	--	---

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

- Joignez les originaux de vos factures à la présente et conservez des copies pour vos dossiers. Ces originaux ne vous seront pas retournés. Votre bordereau explicatif et les copies de vos factures seront suffisants aux fins de l'impôt sur le revenu et de la coordination des prestations.
- IL EST IMPORTANT que la réclamation n'excède pas douze mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

E - ADHÉSION AU SERVICE DE DÉPÔT DIRECT

En optant pour le dépôt direct, vous obtiendrez vos remboursements plus rapidement, directement dans votre compte bancaire, et vous serez informé par courriel une fois le traitement de vos réclamations terminé. Vos bordereaux explicatifs seront déposés en ligne au lieu de vous être envoyés par la poste.

Pour vous y inscrire, veuillez joindre un chèque portant la mention

« ANNULÉ » à la présente réclamation et inscrire votre adresse courriel (obligatoire) : _____

Pour obtenir plus de détails sur ce service, pour consulter vos bordereaux explicatifs ou encore pour apporter des modifications à vos renseignements personnels, connectez-vous à votre site sécurisé à l'adresse desjardinsassurancevie.com/adherent.

F - RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA RÉCLAMATION

La réclamation est-elle le résultat :

• d'un accident du travail? ☐ Oui ☐ Non

• d'un accident de véhicule motorisé? ☐ Oui ☐ Non

Si oui : • Veuillez noter que vous devez d'abord faire parvenir la réclamation à votre régime provincial d'accidents du travail ou d'assurance automobile (si applicable dans votre province) avant de la soumettre à votre assureur.

AAAA MM JJ

• Nom de la personne accidentée :

Date de l'accident :

G - FRAIS ENGAGÉS À L'EXTÉRIEUR DE VOTRE PROVINCE DE RÉSIDENCE

Veuillez joindre le reçu original et détaillé de tous les frais engagés à l'extérieur de votre province.

AAAA MM JJ

AAAA MM JJ

Durée du séjour : Du : _____ Au : _____ Destination : _____ Montant demandé : _____ \$

Raison du séjour : ☐ Loisirs ☐ Travail ☐ Recevoir des soins (veuillez vous assurer que ce type de séjour est couvert par votre police)

H - 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. 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.

I - DÉCLARATION ET AUTORISATION À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

J'atteste que les déclarations faites sur le présent formulaire sont exactes et complètes. Je reconnais avoir pris connaissance de la section Gestion des renseignements personnels. Aux strictes fins de la gestion du dossier et du règlement de la présente réclamation, j'autorise Desjardins Assurances :

- 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 ou des compagnies d'assurance;
- 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;
- 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.

Le présent consentement 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.

Signature de l'adhérent

Date

Nos de téléphone : Résidence : () - Travail : () - Poste :

Veuillez retourner à : Desjardins Assurances, C. P. 3950, Lévis (Québec) G6V 8C6