

**RÉCLAMATION D'ASSURANCE MALADIE**

Vous souhaitez que votre réclamation soit traitée en 2 jours ouvrables?  
 Visitez [desjardinsassurancevie.com/adherent](http://desjardinsassurancevie.com/adherent) pour en savoir plus.

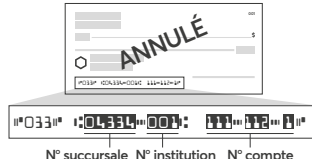
✓ Services en ligne et mobile

✓ Dépôt direct

**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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Date de naissance AAAA MM JJ	
Adresse – N°, rue, appartement			Ville		Province		Code postal

**B ADHÉSION AU SERVICE DE DÉPÔT DIRECT** – Joignez un spécimen de chèque ou inscrivez vos informations bancaires pour être inscrit au dépôt direct.

N° de succursale/transit	N° d'institution	N° de compte	 <p>N° succursale N° institution N° compte</p>
Votre adresse courriel ( <u>obligatoire</u> )			

Une fois inscrit, vos remboursements d'assurance soins de santé seront déposés dans ce compte bancaire. Vous recevrez des notifications par courriel pour vous informer du traitement de vos réclamations et vos bordereaux explicatifs seront déposés en ligne au lieu de vous être envoyés par la poste. L'inscription au site sécurisé est obligatoire pour consulter les bordereaux. Pour vous inscrire, visitez [desjardinsassurancevie.com/adherent](http://desjardinsassurancevie.com/adherent).

Il est de votre responsabilité de vous assurer que les coordonnées bancaires que vous inscrivez sont exactes et de vérifier que les sommes dues y sont bien déposées. Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF), ci-après nommée Desjardins Assurances, n'assume aucune responsabilité à cet égard.

**C COORDINATION DES PRESTATIONS**

Si vous êtes couvert par plus d'une 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 ASSURANCES :**

- Le détenteur du contrat doit d'abord faire parvenir la réclamation à son assureur. Par la suite, il doit fournir à 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 assurance			Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Date de naissance AAAA MM JJ		
Nom de l'assureur <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Desjardins Assurances – N° de contrat :			Période de couverture AAAA MM JJ				
N° de certificat :			Du		Au		
Type(s) de couverture détenue : <input type="checkbox"/> Médicaments <input type="checkbox"/> Soins dentaires <input type="checkbox"/> Soins de santé complémentaires <input type="checkbox"/> Soins de la vue <input type="checkbox"/> Voyage							
Type de protection : <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Familiale							
Nom et prénom des personnes à charge couvertes par cette autre assurance		1.		3.			
		2.		4.			

**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.

**En l'absence d'indication, la portion des frais qui n'est pas remboursée par votre régime sera automatiquement soumise à votre 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.
- Protection 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).

- ▶ Si votre réclamation concerne une personne à charge, des frais à la suite d'un accident, des frais engagés à l'extérieur de votre province de résidence ou une cession de remboursement, veuillez remplir la section correspondante au verso de ce formulaire.
- ▶ Veuillez signer la section I et retourner le formulaire et l'original de votre facture à : Desjardins Assurances, C. P. 3950, Lévis (Québec) G6V 8C6

**E 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.

**ENFANTS ÂGÉS DE 18 OU 21 ANS OU PLUS (selon le contrat)**  
Si votre enfant est atteint d'une déficience fonctionnelle, veuillez nous fournir un rapport médical attestant son incapacité.

1	Nom et prénom	Relation	Sexe	Date de naissance
		<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	AAAA MM JJ

Atteint d'une déficience fonctionnelle  Étudiant à temps plein – Nom de l'établissement scolaire :

AAAA MM JJ      AAAA MM JJ

Période : Du :      Au :

2	Nom et prénom	Relation	Sexe	Date de naissance
		<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	AAAA MM JJ

Atteint d'une déficience fonctionnelle  Étudiant à temps plein – Nom de l'établissement scolaire :

AAAA MM JJ      AAAA MM JJ

Période : Du :      Au :

3	Nom et prénom	Relation	Sexe	Date de naissance
		<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	AAAA MM JJ

Atteint d'une déficience fonctionnelle  Étudiant à temps plein – Nom de l'établissement scolaire :

AAAA MM JJ      AAAA MM JJ

Période : Du :      Au :

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

**F RENSEIGNEMENTS RELATIFS À UNE RÉCLAMATION À LA SUITE D'UN ACCIDENT**

Nom et prénom de la personne accidentée	Date de l'accident
	AAAA MM JJ

La réclamation est-elle le résultat :  d'un accident du travail?  d'un accident de véhicule motorisé?

**IMPORTANT** – 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.

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

Ceci n'est pas un formulaire d'assurance voyage. Visitez [desjardinsassurancevie.com/reclamation-voyage](http://desjardinsassurancevie.com/reclamation-voyage) pour obtenir le bon formulaire.

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 contrat)

**H CESSION DE REMBOURSEMENT** – Veuillez remplir cette section si le remboursement doit être cédé à un fournisseur de soins de santé.

Identification du fournisseur de soins de santé (nom de la compagnie ou nom et prénom du spécialiste)	N° de téléphone
Adresse – N°, rue, bureau	Ville
	Province
	Code postal

Je reconnais que certains des frais soumis dans la présente réclamation peuvent ne pas être couverts ou qu'ils peuvent être supérieurs au maximum auquel j'ai droit. Je reconnais également que je suis responsable du paiement de ces frais. Je cède par la présente le remboursement payable au fournisseur de soins de santé indiqué ci-dessus et j'autorise Desjardins Assurances à payer directement ce fournisseur de soins de santé.

Signature de l'adhérent : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature du fournisseur de soins santé : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**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 du présent formulaire. Aux strictes fins de la gestion du dossier et du règlement de la présente réclamation, j'autorise Desjardins Assurances : 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 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; b) 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; c) 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 : \_\_\_\_\_

N°s de téléphone : Résidence : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_

## 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. Desjardins Assurances peut faire une compilation de renseignements rendus anonymes à des fins statistiques et d'information. Desjardins Assurances peut aussi communiquer avec ses assurés à des fins de gestion optimale de leur santé. 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.

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