

D 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 21 ANS OU PLUS
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 :

E 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.

F CESSIION 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 : _____

G 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.

H 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 : 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. J'autorise également Desjardins Assurances à communiquer l'information relative à cette réclamation à l'ASEQ aux fins de l'administration des garanties. 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° de téléphone : Résidence : _____ Travail : _____ Poste : _____

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