

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 G.

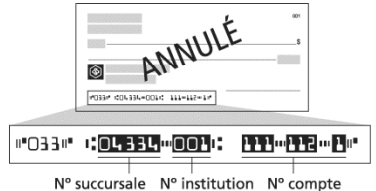
A - IDENTIFICATION - SECTION OBLIGATOIRE

Nom du groupe et numéro de groupe		Numéro de certificat ou numéro d'étudiant	
Nom et prénom de l'adhérent		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance AAAA MM JJ
Adresse - Numéro, 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
Votre adresse courriel (<u>obligatoire</u>)		



N° succursale N° institution N° compte

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.

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'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 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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance AAAA MM JJ
Nom de l'assureur <input type="checkbox"/> Desjardins Assurances <input type="checkbox"/> Autre Assurances	Période de couverture Du AAAA MM JJ Au AAAA MM JJ	Si l'autre assurance est détenue auprès de Desjardins Assurances : N° de contrat : N° de certificat :	
Type(s) de couverture détenue :	<input type="checkbox"/> Médicaments <input type="checkbox"/> Soins dentaires <input type="checkbox"/> Soins médicaux et paramédicaux <input type="checkbox"/> Soins visuels <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 protection d'assurance			

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.
 Utilisez une seule ligne par personne.

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.

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
	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	AAAA MM JJ	<input type="checkbox"/> Étudiant à t. plein AAAA MM JJ Du Au <input type="checkbox"/> Déf. fonct. AAAA MM JJ	
	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	AAAA MM JJ	<input type="checkbox"/> Étudiant à t. plein AAAA MM JJ Du Au <input type="checkbox"/> Déf. fonct. AAAA MM JJ	
	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	AAAA MM JJ	<input type="checkbox"/> Étudiant à t. plein AAAA MM JJ Du Au <input type="checkbox"/> Déf. fonct. AAAA MM JJ	

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.
- Les demandes de prestations DOIVENT être soumises au cours des 90 jours suivant la fin de l'année de la police pendant laquelle les frais ont été engagés ou des 90 jours suivant la fin de l'assurance, si cette date est antérieure.
- Pour obtenir des renseignements sur votre régime, veuillez visiter le site aseq.ca.

E - 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.

Nom de la personne accidentée :

Date de l'accident :

F - 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.

G - 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^{os} de téléphone : Résidence : () - Travail : () - Poste :

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