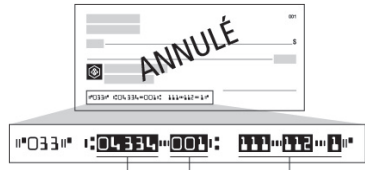


RÉCLAMATION D'ASSURANCE MALADIE

A IDENTIFICATION - SECTION OBLIGATOIRE Si vous ne connaissez pas l'information demandée, veuillez cliquer sur ?

Nom du groupe et n° de groupe		N° de certificat ou n° d'étudiant	
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 (obligatoire)			

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'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.	

- ▶ Si votre réclamation concerne une personne à charge ou des frais à la suite d'un accident, veuillez remplir la section correspondante au verso de ce formulaire.
- ▶ 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.
- ▶ Veuillez signer la section G et retourner le formulaire et l'original de votre facture à : Desjardins Assurances, C. P. 3950, Lévis (Québec) G6V 8C6
- ▶ Pour obtenir des renseignements sur votre régime, veuillez visiter le site aseq.ca.

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 <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance 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 <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance 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 <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance 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 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