

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

A - IDENTIFICATION - SECTION OBLIGATOIRE Informations disponibles sur votre carte d'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 - COORDINATION DES PRESTATIONS

La coordination des prestations peut vous faire profiter d'un remboursement pouvant aller jusqu'à 100 % de vos frais admissibles.

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

- Le détenteur de la police doit d'abord faire parvenir la demande de prestations à son assureur. Par la suite, il doit fournir à Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF), le détail des prestations versées (bordereau explicatif) ainsi que les copies des reçus.
- Dans le cas des enfants à charge, les demandes 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"/> DSF <input type="checkbox"/> Autre	Période de couverture AAAA MM JJ Du Au	Si l'autre assurance est détenue auprès de DSF : N° de contrat : N° de certificat :		
Type de couverture détenue :	<input type="checkbox"/> Médicaments	<input type="checkbox"/> Frais 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				

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 demande de prestations 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
	<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	

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 protection, cochez les options 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.

<input type="checkbox"/> Je ne désire pas utiliser mon compte de dépenses de frais de santé.	<input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> 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 demande de prestations 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 demande de remboursement n'exécède pas douze mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

E - ADHÉSION AU SERVICE DE DÉPÔT DIRECT

Ce service vous permet de toucher vos prestations au moyen d'un dépôt direct. **Pour vous y inscrire**, veuillez joindre un chèque portant la mention « ANNULÉ » à la présente demande.

Pour obtenir plus de détails sur ce service ou pour apporter des modifications à vos renseignements personnels, visitez notre site Web, à l'adresse www.desjardinsassurancevie.com/adherent.

F - ADHÉSION AU SERVICE D'AVIS ÉLECTRONIQUE

 Disponible seulement si vous êtes inscrit au service de dépôt direct (section E).

Ce service vous permet de recevoir un avis par courriel vous donnant accès à votre bordereau explicatif en ligne une fois votre demande traitée. **Pour vous y inscrire**, veuillez inscrire votre adresse électronique :

G - RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT

La demande de remboursement 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 demande 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 :

H - 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)

I - GESTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF), traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. DSF 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 DSF 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 Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, 200, rue des Commandeurs, Lévis, Québec, G6V 6R2. DSF 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 DSF.

J - 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 demande de prestations, j'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie : 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

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

Veuillez retourner à : Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, C. P. 3950, Lévis (Québec) G6V 8C6



100 %