

## Marche à suivre

### Si vous réclamez pour :

**Une fracture :** Remplissez les sections A, B et E et joignez une copie du protocole radiologique.

**Une hospitalisation, une invalidité<sup>1</sup>, une perte d'usage, une mutilation ou un coma<sup>2</sup> :**  
Remplissez les sections A, B, E et F.

**Toute autre raison, sauf un décès :** Remplissez les sections A, B et E et joignez une confirmation médicale de la blessure subie.

**Un décès :** Appelez-nous au **1 877 838-5423**. Ce formulaire n'est pas celui que vous devez remplir.

### Après avoir rempli ce formulaire

Assurez-vous de l'avoir signé et faites-le-nous parvenir en ligne ou par la poste :

#### En ligne

[www.desjardinsassurancevie.com/envoi](http://www.desjardinsassurancevie.com/envoi)

#### Par la poste

Desjardins Assurances  
200, rue des Commandeurs  
Lévis (Québec) G6V 6R2

### Des questions ?

Communiquez avec nous au **1 877 838-5423**  
(du lundi au vendredi, de 8 h à 17 h)

<sup>1</sup> Pour les étudiants âgés de 16 à 24 ans inclusivement

<sup>2</sup> Pour les contrats Accirance Élite seulement

## Ce que vous devez aussi savoir

- Pour recevoir votre paiement par **dépôt direct**, veuillez joindre un spécimen de chèque.
- Nous pourrions vous demander des renseignements supplémentaires.
- Nous ne vous retournerons pas les documents que vous fournirez pour votre réclamation sauf si vous le demandez.

## A. Renseignements sur vous (le preneur du contrat)

Nom	Prénom	Numéro de contrat	
Adresse – Numéro, rue, app.	Ville	Province ou territoire	Code postal

## B. Déclaration du preneur

### 1. Renseignements sur la personne blessée

Nom	Prénom	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Âge	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
-----	--------	--------------------------------	-----	---

La personne blessée est-elle couverte par d'autres assurances en cas d'accident (collective, individuelle ou gouvernementale) ?

Oui  Non **Si oui**, veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous.

<input type="checkbox"/> Assurance collective →	Nom de l'assureur	Numéro de contrat	Numéro de certificat
<input type="checkbox"/> Assurance individuelle →	Nom de l'assureur	Numéro de contrat ou de police	
<input type="checkbox"/> Assurance gouvernementale →	Nom de l'organisme gouvernemental		

Si la personne blessée est aux études, nom de l'établissement scolaire fréquenté

### 2. Renseignements sur l'accident


Date (AAAA-MM-JJ)	Heure <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	Lieu
-------------------	--	------

Description détaillée (genre et circonstances) – Au besoin, veuillez utiliser une feuille supplémentaire que vous devez signer et dater.

Nature des blessures – S'il s'agit d'une fracture, veuillez préciser s'il s'agit du larynx, de la trachée ou d'un os (précisez le nom de l'os).

La personne blessée a-t-elle été hospitalisée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>Si oui</b> →	Dates d'hospitalisation (AAAA-MM-JJ) Du :   Au :	Nom de l'hôpital
--	---	------------------

Nom et adresse des médecins consultés

 Veuillez signer ce formulaire à la dernière page

## C. Consentement lié à la gestion de vos renseignements personnels par le Mouvement Desjardins

Ce consentement concerne le preneur et la personne blessée.

### 1. Gestion de vos renseignements personnels

Pour vous servir au quotidien et pour respecter nos obligations légales, nous devons recueillir, utiliser et partager des renseignements personnels à votre sujet. Pour plus de détails, consultez la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins au [www.desjardins.com/politique-confidentialite](http://www.desjardins.com/politique-confidentialite).

Des consentements spécifiques pour assurer la réalisation et la continuité du service chez Desjardins Assurances peuvent vous être demandés. Ces démarches seront entreprises dans le respect de la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins.

Desjardins Assurances traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. Vos renseignements ne sont consultés que par les employés qui doivent y accéder pour exécuter leurs tâches.

### 2. Vos droits

Vous avez le droit :

- de consulter les renseignements personnels que le Mouvement Desjardins détient à votre sujet
- de faire corriger tout renseignement incomplet, ambigu ou non pertinent

Pour savoir comment faire, consultez la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins.

### 3. Collecte ou transfert de vos renseignements personnels à l'extérieur du Canada

Desjardins Assurances fait appel à des fournisseurs de services situés à l'extérieur du Canada pour accomplir certains mandats particuliers dans le cours normal de ses affaires. Il est possible que certains renseignements personnels vous concernant soient ainsi recueillis et/ou transférés dans un autre pays et qu'ils soient soumis aux lois de ce pays.

Vous pouvez trouver l'information sur nos politiques et pratiques en matière de collecte et de transfert de renseignements personnels à l'extérieur du Canada en consultant la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins. Vous pouvez aussi obtenir cette information ou poser toute question à ce sujet en communiquant avec nous au 1 800 463-7870.

### En signant ce formulaire :

- vous reconnaissez avoir pris connaissance de la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins, que vous pouvez consulter au [www.desjardins.com/politique-confidentialite](http://www.desjardins.com/politique-confidentialite),
- vous autorisez le Mouvement Desjardins à recueillir, à utiliser et à partager des renseignements personnels selon les conditions décrites dans cette politique et la réglementation applicable,
- vous comprenez et acceptez que le présent consentement a préséance sur tout autre consentement que vous avez signé par le passé,
- vous comprenez que le présent consentement sera valide aussi longtemps que vous aurez une relation d'affaires avec une composante du Mouvement Desjardins.



Veillez signer ce formulaire à la dernière page

## D. Consentement lié à vos renseignements personnels chez Desjardins Assurances

Ce consentement concerne seulement la personne blessée.

### 1. Pourquoi Desjardins Assurances a besoin de votre consentement

Votre consentement nous permet de recueillir, utiliser et partager les renseignements personnels nécessaires aux fins suivantes :

1. étudier une demande d'assurance de votre part
2. gérer votre dossier pendant la durée de l'assurance
3. traiter une réclamation

De plus, votre consentement nous permet de faire ce qui suit, au besoin :

- consulter un ancien dossier d'assurance que vous avez chez Desjardins Assurances, si c'est le cas
- demander un rapport d'enquête sur vous à une agence de renseignements personnels, si nécessaire
- communiquer au MIB, LLC un résumé de vos renseignements personnels, y compris des renseignements sur votre santé, après l'étude d'une demande d'assurance de votre part

Le MIB, LLC est un organisme qui gère une base de données permettant à des compagnies d'assurance au Canada et aux États-Unis de recueillir et partager de l'information sur leurs clients.

- communiquer à votre médecin tout renseignement médical obtenu à votre sujet pendant l'étude d'une demande d'assurance ou réclamation de votre part pour que l'information vous soit transmise
- communiquer à tout assureur ou réassureur tout renseignement pertinent (comme des résultats d'examen médicaux) pour leur permettre d'évaluer une demande d'assurance de votre part

En nous donnant votre consentement, vous autorisez également nos réassureurs à recueillir, utiliser et partager vos renseignements personnels de la même façon que nous. Nos réassureurs sont des compagnies qui nous assurent nous, Desjardins Assurances.

**2. Après de qui vos renseignements personnels sont-ils recueillis ou partagés?**

Vous donnez votre consentement pour la collecte et le partage des renseignements nécessaires auprès de vous, mais aussi auprès d'autres personnes et organisations. Ces personnes et organisations comprennent, entre autres :

- le MIB, LLC
- des professionnels ou professionnelles de la santé ou des établissements de santé (exemples : médecins, hôpitaux, cliniques)
- des fournisseurs de services de santé
- des firmes paramédicales
- des organismes publics ou parapublics
- d'autres assureurs que Desjardins Assurances
- des réassureurs
- votre employeur ou un ex-employeur
- le preneur (le ou la propriétaire du contrat d'assurance), si vous n'êtes pas cette personne
- toute autre composante de Desjardins, si elle est concernée par l'assurance
- une agence de renseignements personnels ou une agence d'investigation

**3. Si cette demande concerne vos enfants**

Vous nous autorisez aussi à recueillir, utiliser et partager des renseignements personnels nécessaires sur eux, s'ils sont âgés de moins de 14 ans au Québec, ou de moins de 16 ans ailleurs qu'au Québec.

**En signant ce formulaire :**

- vous autorisez Desjardins Assurances et ses réassureurs à recueillir, à utiliser et à partager des renseignements personnels selon les conditions décrites dans cette section, la réglementation applicable et la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins. Vous pouvez consulter cette politique au [www.desjardins.com/politique-confidentialite](http://www.desjardins.com/politique-confidentialite)
- vous déclarez que les renseignements que vous avez fournis dans celui-ci sont complets et véridiques.

**E. Signatures**



X \_\_\_\_\_  
Signature du preneur

\_\_\_\_\_  
Date (AAAA-MM-JJ)



X \_\_\_\_\_  
Signature de la personne blessée

\_\_\_\_\_  
Date (AAAA-MM-JJ)

- › Si cette personne est un enfant mineur âgé de moins de 14 ans (au Québec) ou de moins de 16 ans (ailleurs qu'au Québec), un parent, tuteur ou représentant légal doit signer à sa place et remplir l'encadré en vert ci-dessous

Identification de la personne signataire pour un enfant mineur :

Lien avec l'enfant mineur :

- Parent (père ou mère)       Tuteur ou tutrice (Québec)  
 Représentant légal ou représentante légale (provinces autres que le Québec)

\_\_\_\_\_  
Prénom et nom (en lettres majuscules)

**F. Déclaration du médecin – Cette section n'est pas nécessaire si vous réclamez seulement pour une fracture.**

Si le médecin exige des frais pour remplir cette section, c'est à vous qu'il revient de les payer.

Date de la 1<sup>re</sup> visite (AAAA-MM-JJ)

Diagnostic de la blessure

**Si la personne blessée a été hospitalisée**

Date et heure d'admission

Date (AAAA-MM-JJ):

Heure :

AM  PM

Date et heure de sortie

Date (AAAA-MM-JJ):

Heure :

AM  PM

**Si la personne blessée a été invalide**

Raison de l'invalidité

Période d'invalidité (AAAA-MM-JJ)

Du:

Au:

L'accident décrit à la **section B** est-il la cause de: → l'hospitalisation?  Oui  Non      l'invalidité?  Oui  Non

Nom et adresse du médecin (en caractères d'imprimerie)



\_\_\_\_\_  
Signature du médecin

\_\_\_\_\_  
Date (AAAA-MM-JJ)