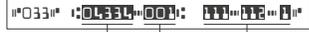


SECTION A. IDENTIFICATION – (OBLIGATOIRE)

N° de police		<input type="checkbox"/> 35000 <input type="checkbox"/> 35100 <input type="checkbox"/> 35200 <input type="checkbox"/> 36000 <input type="checkbox"/> 37000 <input type="checkbox"/> 50000 <input type="checkbox"/> 700000			
Nom et prénom de l'assuré			Date de naissance		
			AAAA MM JJ		
Adresse - N°, rue, appartement		Ville	Province	Code postal	

SECTION 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	  N° succursale N° institution N° compte
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.

SECTION 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 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 assurance			Date de naissance		
			AAAA MM JJ		
Nom de l'assureur			Période de couverture		
<input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Desjardins			AAAA MM JJ		
Assurances - N° de contrat :		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.		

SECTION 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 de la police à laquelle cette réclamation s'applique. Utilisez une seule ligne par personne.			ENFANTS ÂGÉS DE 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 et prénom	Relation	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	AAAA MM JJ	<input type="checkbox"/> Étudiant à t. plein <small>AAAA MM JJ</small> <input type="checkbox"/> Déf. fonct. <small>AAAA MM JJ</small>	
			Du Au	
	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	AAAA MM JJ	<input type="checkbox"/> Étudiant à t. plein <small>AAAA MM JJ</small> <input type="checkbox"/> Déf. fonct. <small>AAAA MM JJ</small>	
			Du Au	
	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	AAAA MM JJ	<input type="checkbox"/> Étudiant à t. plein <small>AAAA MM JJ</small> <input type="checkbox"/> Déf. fonct. <small>AAAA MM JJ</small>	
			Du Au	

- ▶ Afin que votre réclamation soit traitée, veuillez répondre à toutes les questions (voir au verso) qui s'appliquent à votre situation. Le traitement de cette demande sera retardé et elle pourra vous être retournée si des renseignements ne sont pas fournis ou sont inexacts.
- ▶ Si votre réclamation concerne des frais relatifs à un professionnel de la santé, veuillez lui demander de remplir la section G.
- ▶ Veuillez signer la section J et retourner le formulaire et l'original de votre facture à : Desjardins Assurances, C. P. 3950, Lévis (Québec) G6V 8C6

SECTION 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.**SECTION F. RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX FRAIS DE MÉDICAMENTS** – Si vous détenez cette garantie.

- Veuillez joindre les reçus de vos médicaments sur ordonnance au présent formulaire.
- Le numéro d'identification du médicament (DIN) ainsi que le nom du médicament doivent figurer sur tous les reçus présentés.
- Si Desjardins Assurances a besoin de renseignements supplémentaires, veuillez demander à votre médecin traitant de remplir la section suivante :

Nom du patient	Nom du médicament	Diagnostic	Signature du médecin

SECTION G. RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX FRAIS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES (p. ex. : chiropraticien, massothérapeute, physiothérapeute)

Si les dispositions de votre police l'exigent (veuillez consulter votre brochure afin de vous en assurer), veuillez joindre la recommandation écrite d'un médecin. Veuillez joindre un état détaillé ou un reçu indiquant les renseignements suivants :

- nom du patient
- nom du professionnel de la santé
- numéro d'immatriculation ou d'enregistrement du professionnel de la santé
- catégorie de professionnel de la santé
- durée d'une visite
- dates des visites
- frais par traitement
- date à laquelle vous avez atteint le maximum admissible en vertu de votre régime provincial d'assurance (s'il y a lieu)

Veuillez demander au professionnel de la santé de remplir la section suivante :

Nom du patient	Type de professionnel	Problèmes de santé	Signature du professionnel

Si vous avez consulté un psychothérapeute, veuillez indiquer le genre de thérapie dont il s'agit : Personnelle Familiale De groupe Conjugale**SECTION H. FRAIS ENGAGÉS À L'EXTÉRIEUR DE VOTRE PROVINCE DE RÉSIDENCE****Ceci n'est pas un formulaire d'assurance voyage.** Visitez desjardinsassurancevie.com/reclamation-voilage pour obtenir le bon formulaire.

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)**SECTION I. CESSION 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'assuré : _____ Date : _____

Signature du fournisseur de soins santé : _____ Date : _____

SECTION J. DÉCLARATION ET AUTORISATION À LA COLLECTE, À L'UTILISATION 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 du présent formulaire. 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. Afin d'atteindre les fins identifiées ci-dessus et pour vous offrir un accompagnement qui répond à vos besoins, vos renseignements pourraient être utilisés, sur une base dépersonnalisée, pour des analyses, des statistiques et l'élaboration de modèles prédictifs. 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'assuré : _____ Date : _____

N°s de téléphone : Résidence : _____ Travail : _____ Poste : _____

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

SECTION K. GESTION DES 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. 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. Desjardins Assurances peut aussi communiquer avec ses assurés à des fins de gestion optimale de leur santé (outils d'aide aux réclamations, documentation informative sur la santé, etc.) et offrir à ces derniers un produit d'assurance à la suite de la cessation de leur assurance collective. Vous avez le droit d'examiner les renseignements personnels que nous détenons à votre sujet et de demander la correction de tout renseignement incomplet, ambigu ou non pertinent. Pour connaître comment soumettre une telle demande, consultez notre Politique de confidentialité.