

SECTION E. 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 18 OU 21 ANS OU PLUS (selon le contrat)
Si votre enfant est atteint d'une déficience fonctionnelle, veuillez nous fournir un rapport médical attestant son incapacité.

1	Nom et prénom	Relation	Date de naissance
		<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	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	Date de naissance
		<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	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	Date de naissance
		<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	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 :

Dans le cas d'un changement de conjoint, veuillez préciser :

Date du début de la cohabitation : AAAA MM JJ Date du mariage : AAAA MM JJ Est-ce qu'un enfant est né de cette union? Non Oui → Date de naissance : AAAA MM JJ

SECTION F. 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 G. 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 contrat)

SECTION H. CESSIION 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'adhérent : _____ Date : _____

Signature du fournisseur de soins santé : _____ Date : _____

SECTION I. 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'adhérent : _____ Date : _____

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

SECTION J. 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.

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