Desjardins Assurances
VIE • SANTÉ • RETRAITE

C. P. 3950
Lévis (Québec) G6V 8C6

ASSURANCE COLLECTIVE - RÈGLEMENTS D'ASSURANCE MALADIE

DEMANDE DE PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE

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

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
Q178		RÉGIME COLLECTIF D'ASSURANCE MALADIE ET HOSPITALISATION POUR ÉTUDIANTS ÉTRANGERS D'ÉTABLISSEMENTS UNIVERSITAIRES

Nom et prénom de l'adhérent	Sexe	Date de naissance
	☐ M ☐ F	AAAA MM JJ

Adresse - N°, rue, appartement	Ville	Province	Code postal

B - CESSION DE PRESTATIONS

Désirez-vous que le remboursement de votre prestation soit effectué au professionnel de la santé? ☐ Oui ☐ Non

C - RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX FRAIS ENGAGÉS AU CANADA

Si les soins sont engagés au Canada et que des honoraires médicaux sont réclamés, le médecin consulté doit compléter cette section.

Diagnostic : (EN LETTRES MAJUSCULES) _____

Date	Description des services	Code du diagnostic	Code d'actes	Honoraires
AAAA MM JJ				$
AAAA MM JJ				$
AAAA MM JJ				$
AAAA MM JJ				$

Nom et adresse du médecin (EN LETTRES MAJUSCULES) :

_____ N° de licence : _____

_____ N° de téléphone : ( ) _____

_____

Signature du médecin : **Date :**

D - RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX FRAIS ENGAGÉS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Si les frais sont engagés lors d'un séjour hors du Canada, veuillez remplir cette section.

Date du départ : AAAA MM JJ Date prévue du retour au Canada : AAAA MM JJ Date réelle du retour au Canada : AAAA MM JJ

SERVICES DE SANTÉ REÇUS - Indiquez la raison pour laquelle vous avez reçu des services médicaux ou hospitaliers :

_____

Décrire les soins reçus (p. ex. : examens, radiographies, chirurgie, etc.). Si l'espace est insuffisant, continuez sur une autre feuille.

_____

Indiquez la ville et le pays où les services ont été reçus :

S'il s'agit d'un accident, indiquez :

Date de l'accident : AAAA MM JJ

Type d'accident : ☐ D'automobile ☐ De travail ☐ Autre, précisez : _____

Montant réclamé : _____ $ ☐ Dollars canadiens ☐ Autres devises : _____

Les comptes ont-ils été payés? ☐ Oui ☐ Totalement ☐ Partiellement → Montant _____ $ ☐ Non

VEUILLEZ REMPLIR LE VERSO DU FORMULAIRE.

Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

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'excède pas un an 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 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**
- **autre?** ☐ **Oui** ☐ **Non** **Précisez :** _____

Si oui, une demande de prestations a-t-elle été présentée à un organisme gouvernemental tel que la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) ou la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), etc.? ☐ Oui ☐ Non

H - 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.

I - 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 cette liste soit exhaustive, cette collecte pourra se réaliser auprès de professionnels de la santé ou d'établissements de santé, ou de 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 détient 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

IMPRIMER RÉINITIALISER