

AFIN D'ACCÉLÉRER LE RÈGLEMENT DE VOTRE DEMANDE DE PRESTATIONS, VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS.
(Le traitement de cette demande sera retardé et elle pourra vous être retournée si des renseignements ne sont pas fournis ou sont inexacts.)

A N° de police ou groupe ou contrat		N° de certificat		SI LE GROUPE EST AUTO-ADMINISTRÉ L'administrateur doit remplir cette section avant que l'assuré remplisse le formulaire		
Nom de famille et prénom de l'assuré		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance AAAA MM JJ		En vigueur	Individuel AAAA MM JJ
N°, rue, appartement				Familial AAAA MM JJ		
Ville, province		Code postal		Terminé	AAAA MM JJ	Autre, précisez AAAA MM JJ
Nom du groupe ou du preneur ou de l'employeur				Signature de l'administrateur		
				Date		

B 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.

• Nom de la personne accidentée : _____ Date de l'accident : _____
AAAA MM JJ

C COORDINATION DES PRESTATIONS - VOUS DEVEZ REMPLIR cette section si la demande est faite pour le conjoint ou un enfant.
La coordination des prestations peut vous faire profiter d'un remboursement pouvant aller jusqu'à 100 % de vos frais.

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

1. Votre conjoint doit d'abord faire parvenir la demande de prestations à son assureur et fournir ensuite à Desjardins Sécurité financière le détail des prestations versées (bordereau explicatif) ainsi que les copies des reçus.
2. 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.

Votre conjoint est-il assuré en vertu d'une autre police d'assurance comportant une couverture pour :

- médicaments : Oui Non • soins paramédicaux : Oui Non • soins visuels : Oui Non • voyage : Oui Non
AAAA MM JJ

Si oui, s'agit-il d'une protection : individuelle couple monoparentale familiale Date début ass. : _____
AAAA MM JJ AAAAA MM JJ

Nom et prénom du conjoint : _____ Date de naissance : _____ Date fin ass. : _____

Nom de l'assureur : _____ N° de police : _____ N° de certificat : _____

D COMPTE DE DÉPENSES DE FRAIS DE SANTÉ - Si vous avez cette protection, cochez les options que vous désirez.

1. Je ne désire pas utiliser mon compte de dépenses de frais de santé.
2. **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.
3. **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).
4. **Soins qui exigent une recommandation médicale** - Je désire utiliser mon compte de dépenses de frais de santé pour ces frais lorsque je n'ai pas de recommandation médicale.

E RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU PATIENT pour la période au cours de laquelle les frais ont été engagés (utilisez une seule ligne par patient). 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.

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	Prénom	Relation	Sexe	Date de naissance	Étudiant à temps plein ou atteint d'une déficience fonctionnelle	Nom de l'établissement scolaire fréquenté
		<input type="checkbox"/> Assuré <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 <input type="checkbox"/> Déf. fonct. AAAA MM JJ Du _____ Au _____	
		<input type="checkbox"/> Assuré <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 <input type="checkbox"/> Déf. fonct. AAAA MM JJ Du _____ Au _____	
		<input type="checkbox"/> Assuré <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 <input type="checkbox"/> Déf. fonct. AAAA MM JJ Du _____ Au _____	

F SERVICE DE DÉPÔT DIRECT ET D'AVIS ÉLECTRONIQUE

- Ce service vous permet de toucher vos prestations au moyen d'un dépôt direct et de recevoir un avis par courriel lorsque votre demande a été traitée.
- Pour vous y inscrire, veuillez joindre un chèque portant la mention « ANNULÉ » à la présente demande et inscrire votre adresse électronique : _____
- 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.assurancecollectivedsf.com.

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

- N'envoyez que l'original de vos factures (les copies ne sont pas acceptées). Veuillez conserver des copies de vos factures pour vos dossiers; les originaux ne vous seront pas retournés. Le bordereau explicatif ainsi que les copies de vos reçus sont 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.

G FRAIS DE MÉDICAMENTS

- 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.

H FRAIS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX (p. ex. : chiropraticien, massothérapeute, physiothérapeute)

Si les dispositions de votre police l'exigent, 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)

Si vous avez consulté un psychothérapeute, veuillez indiquer le genre de thérapie dont il s'agit : personnelle familiale de groupe conjugale

I FRAIS D'APPAREILS ET D'ÉQUIPEMENTS

Si les dispositions de votre police l'exigent (veuillez consulter votre brochure afin de vous en assurer, car la plupart des polices l'exigent), veuillez fournir la recommandation écrite du médecin traitant pour tout appareil ou équipement prescrit, incluant le diagnostic ainsi qu'une copie du relevé de paiement du régime provincial, s'il y a lieu.

AAAA MM JJ AAAAA MM JJ

Veuillez indiquer la période pendant laquelle cet équipement ou appareil devra être utilisé : du : _____ au : _____

J FRAIS POUR SOINS DE LA VUE

Veuillez joindre un reçu détaillé indiquant les renseignements suivants :

- nom du patient
- coût des montures
- coût des verres
- coût des lentilles cornéennes
- coût de la coloration
- coût de l'examen de la vue
- date de l'examen de la vue
- date de la prise de possession

Faites-vous cette demande pour le remplacement de lunettes? Oui Non

Un nouvel examen de la vue a-t-il été nécessaire afin de remplacer vos lunettes? Oui Non Si oui, veuillez fournir une copie conforme de l'ancienne et de la nouvelle ordonnance (si requis en vertu de votre police).

K 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 AAAAA 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)

L GESTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Desjardins Sécurité financière (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, 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.

M 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 : 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'assuré _____ Date _____

Indicatif régional + Numéro

Indicatif régional + Numéro

N°s de téléphone : Résidence :

Travail :

Poste :

Veuillez retourner à : Desjardins Sécurité financière, C.P. 3950, Lévis, Québec, G6V 8C6