

RÉCLAMATION D'ASSURANCE MALADIE
Votre demande traitée en 2 jours ouvrables?
 Services en ligne et mobile Dépôt direct

 Visitez desjardinsassurancevie.com/adherent pour en savoir plus.

AFIN QUE VOTRE RÉCLAMATION SOIT TRAITÉE, VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS QUI S'APPLIQUENT À VOTRE SITUATION ET SIGNED LA SECTION H.
A - IDENTIFICATION - SECTION OBLIGATOIRE

Informations disponibles sur votre carte d'attestation d'assurance.

N° de police ou groupe ou contrat Q178		Nom du groupe ou du preneur ou de l'employeur Régime collectif d'assurance maladie et hospitalisation pour étudiants étrangers d'établissements universitaires			
Nom et prénom de l'adhérent		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance AAAA MM JJ		N° de certificat
Adresse - N°, rue, appartement		Ville	Province	Code postal	

B - CESSION DE REMBOURSEMENT

 Désirez-vous que le remboursement 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 remplir cette section.
Diagnostic : (EN LETTRES MAJUSCULES) _____

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

Nom et prénom du médecin (EN LETTRES MAJUSCULES) _____ N° de licence _____

Adresse - N°, rue, bureau _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

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 : <input type="checkbox"/> D'automobile <input type="checkbox"/> De travail <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____
--	---

Montant réclamé : _____ \$	<input type="checkbox"/> Dollars canadiens <input type="checkbox"/> Autres devises : _____	Les comptes ont-ils été payés? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Totalement <input type="checkbox"/> Partiellement <input type="checkbox"/> Non	Montant _____ \$
-------------------------------	---	--	---------------------

VEUILLEZ REMPLIR LE VERSO DU FORMULAIRE.

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 réclamation n'excède pas un an après la date à laquelle les frais ont été engagés.

E - ADHÉSION AU SERVICE DE DÉPÔT DIRECT

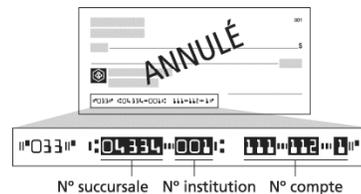
Joignez un spécimen de chèque ou inscrivez vos informations bancaires pour être inscrit au dépôt direct.

N° de succursale/transit

N° d'institution

N° de compte

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.

F - RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA RÉCLAMATION

La réclamation 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 réclamation a-t-elle été présentée à un organisme gouvernemental tel que la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) ou la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), etc.? Oui Non

G - GESTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Desjardins Assurances traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. Desjardins Assurances 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 Desjardins Assurances qui en ont besoin pour leur travail. Desjardins Assurances peut faire une compilation de renseignements rendus anonymes à des fins statistiques et d'information. Desjardins Assurances peut aussi communiquer avec ses assurés à des fins de gestion optimale de leur santé. 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 Assurances, 200, rue des Commandeurs, Lévis, Québec, G6V 6R2. Desjardins Assurances 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 Desjardins Assurances.

H - 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 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 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

N°s de téléphone : Résidence : () - Travail : () - Poste :

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