

**DEMANDE DE PRESTATIONS
D'ASSURANCE MALADIE**
AFIN D'ACCÉLÉRER LE RÉGLEMENT DE VOTRE DEMANDE DE PRESTATIONS, VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS.
A - IDENTIFICATION

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 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 AAAA MM JJ	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.

AAAA MM JJ

AAAA MM JJ

AAAA MM JJ

Date du départ : _____

Date prévue du retour au Canada : _____

Date réelle du retour au Canada : _____

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 : _____

Type d'accident : _____

Date de l'accident : AAAA MM JJ

 D'automobile De travail Autre, précisez : _____

Montant réclamé : _____ \$

 Dollars canadiens

 Autres devises : _____

Les comptes ont-ils été payés?

 Oui Totalement Partiellement → _____ \$

 Non

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

E - 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 vous donnant accès à votre bordereau explicatif en ligne une fois votre demande traitée.

Je désire m'inscrire au service de dépôt direct et d'avis électronique.

Pour vous y inscrire, veuillez joindre un chèque portant la mention « ANNULÉ » à la présente demande et inscrire votre adresse électronique :

Je désire m'inscrire au service de dépôt direct, **mais je ne veux pas recevoir d'avis 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.

F - 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

G - 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.

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 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

