

**DEMANDE DE PRESTATIONS  
 D'ASSURANCE MALADIE**

**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.)

<b>A</b>	N° de groupe  <b>Q838</b>		N° d'identification de l'étudiant			
	Nom de famille et prénom de l'assuré				Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance AAAA MM JJ
	N°, rue, appartement					
	Ville, province			Code postal		
	Non du groupe <b>Concordia Graduate Students' Association</b>					

<b>B</b>	La demande de remboursement est-elle le résultat :				
	• d'un accident du travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		• d'un accident de véhicule motorisé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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

<b>C</b>	<b>COORDINATION DES PRESTATIONS - VOUS DEVEZ REMPLIR cette section si la demande est faite pour vous, votre conjoint ou vos enfants.</b>				
	La coordination des prestations peut vous faire profiter d'un remboursement pouvant aller jusqu'à 100 % de vos frais.				
	<b>COMMENT SOUMETTRE UNE DEMANDE LORSQU'IL Y A DEUX ASSUREURS :</b>				
	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.				
<b>Votre conjoint est-il assuré en vertu d'une autre police d'assurance comportant une couverture pour :</b>					
• médicaments : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • soins paramédicaux : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • soins visuels : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • voyage : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Si oui, s'agit-il d'une protection : <input type="checkbox"/> individuelle <input type="checkbox"/> couple <input type="checkbox"/> monoparentale <input type="checkbox"/> familiale					
Date début ass. : AAAA MM JJ					
Nom et prénom du conjoint : _____ Date de naissance : _____ Date fin ass. : _____					
Nom de l'assureur : _____ N° de police : _____ N° de certificat : _____					

<b>D</b>	<b>RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU PATIENT pour la période au cours de laquelle les frais ont été engagés (utilisez une seule ligne par patient).</b> 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.				<b>ENFANTS ÂGÉS DE 21 ANS OU PLUS.</b>		
					Si votre enfant est atteint d'une déficience fonctionnelle, veuillez nous fournir un rapport médical attestant son incapacité.		
	<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>	<b>Relation</b>	<b>Sexe</b>	<b>Date de naissance</b>	<b>Étudiant à temps plein ou atteint d'une déficience fonctionnelle</b>	<b>Nom de l'établissement scolaire fréquenté</b>
			<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	
			<input type="checkbox"/> Assuré <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	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		
		<input type="checkbox"/> Assuré <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	AAAA MM JJ	Du _____ Au _____		

<b>E</b>	<b>SERVICE DE DÉPÔT DIRECT ET D'AVIS ÉLECTRONIQUE</b>	
	• 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.	
	• <b>Pour vous y inscrire</b> , 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 <a href="http://www.assurancecollectivedsf.com">www.assurancecollectivedsf.com</a> .		

## 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.
- Les demandes de prestations DOIVENT être soumises au cours des 90 jours suivant la fin de l'année de la police pendant laquelle les frais ont été engagés ou des 90 jours suivant la fin de l'assurance, si cette date est antérieure.
- Pour obtenir des renseignements sur votre régime, veuillez visiter le site [www.ihaveaplan.ca](http://www.ihaveaplan.ca).

## F 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.

## G 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
- durée d'une visite
- nom du professionnel de la santé
- dates des visites
- numéro d'immatriculation ou d'enregistrement du professionnel de la santé
- frais par traitement
- catégorie de professionnel de la santé
- date à laquelle vous avez atteint le maximum admissible en vertu de votre régime provincial d'assurance (s'il y a lieu)

## H 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 AAAA MM JJ

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

## I FRAIS POUR SOINS DE LA VUE

Veuillez joindre un reçu détaillé indiquant les renseignements suivants :

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

## J 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.

## K 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. J'autorise également Desjardins Sécurité financière à communiquer l'information relative à cette demande de prestations à l'ASEQ aux fins de l'administration des garanties. 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<sup>os</sup> de téléphone : Résidence :

Travail :

Poste :

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