

Nom de famille et prénom de l'assuré

Numéro de dossier

Pour accélérer l'étude de votre réclamation :

1. Indiquez lisiblement **tous les renseignements demandés** au recto et au verso du présent formulaire.
2. Signez les sections **Déclaration** et **Autorisation à la collecte et à la communication de renseignements personnels**.

Description de l'événement

Nom de la personne qui a reçu les soins

Date de naissance (AAAA-MM-JJ)

Date de la maladie ou de l'accident (AAAA-MM-JJ) : _____

S'il s'agit d'une maladie, décrivez brièvement la nature :

S'il s'agit d'un accident, veuillez préciser le type : ☐ d'automobile ☐ de travail ☐ autre

Décrivez comment l'accident est survenu :

Remboursement

Montant demandé

☐ Dollars canadien

☐ Autre devise (précisez) :

Les factures ont-elles été payées par vous?

☐ Non

⋮

☐ Oui

☐ Paiement total

☐ Paiement partiel

Montant payé : _____

Veuillez fournir l'original de vos reçus.

Coordination des prestations (2^e assureur)

Détenez-vous présentement (personnellement ou avec votre conjoint) une autre assurance qui couvre les médicaments, frais hospitaliers, médicaux ou paramédicaux engagés au Canada? Si oui, veuillez indiquer le nom de l'assureur et le numéro de contrat (si vous le connaissez) :

	Oui	Non	Nom de l'assureur	N° de contrat, d'identification et/ou de dossier
Personnellement				
Votre conjoint				

Déclaration

Je déclare que toutes les réponses données ci-dessus sont complètes et véridiques.

X _____
Signature du propriétaire du contrat

Date

Identification du propriétaire du contrat

Nom de famille	Prénom	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
----------------	--------	--------------------------------	---

Adresse du domicile au Canada

1	N°, rue, appartement		Ville	Province
	Code postal	N° de téléphone à 10 chiffres (résidence)	N° de téléphone à 10 chiffres (travail)	

Adresse de correspondance ou de paiement, si différente de l'adresse 1

2	N°, rue, appartement		Ville	Province ou état et pays
	Code postal	N° de téléphone à 10 chiffres (résidence)	N° de téléphone à 10 chiffres (travail)	

Où désirez-vous recevoir votre remboursement? <input type="checkbox"/> Adresse 1 <input type="checkbox"/> Adresse 2	Où peut-on envoyer des demandes de renseignements? <input type="checkbox"/> Adresse 1 <input type="checkbox"/> Adresse 2
---	--

Séjour au Canada

Séjour au cours duquel les services de santé ont été reçus

Date d'arrivée au Canada (AAAA-MM-JJ) :	Date de retour dans votre pays de résidence (AAAA-MM-JJ) :
---	--

Si vous avez fait des séjours à l'extérieur du Canada pendant votre période d'assurance, veuillez préciser :

1 ^{er} séjour	Date de départ (AAAA-MM-JJ) :	Date de retour (AAAA-MM-JJ) :
2 ^e séjour	Date de départ (AAAA-MM-JJ) :	Date de retour (AAAA-MM-JJ) :
3 ^e séjour	Date de départ (AAAA-MM-JJ) :	Date de retour (AAAA-MM-JJ) :

Autorisation à la collecte et à la communication de renseignements personnels

- Dans le but de simplifier le traitement de ma demande s'il s'agit d'une réclamation à la suite d'un accident d'automobile ou de travail, j'autorise Desjardins Assurances à communiquer à la SAAQ et/ou à la CNESST (auparavant la CSST) une copie des documents que je lui aurai transmis ou qu'elle m'aura transmis.
 - Aux strictes fins de l'établissement de l'assurabilité, de la gestion du dossier et du règlement des demandes de prestations, j'autorise Desjardins Assurances ou ses réassureurs :
 - 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, du MIB, Inc., de compagnies d'assurance ou de réassurance, d'agents de renseignements personnels ou d'agences d'investigation, du preneur, de mon employeur ou de mes ex-employeurs;
 - à ne communiquer qu'à ces personnes physiques ou morales ou à ces organismes publics ou parapublics que les seuls renseignements personnels qu'elle détient à mon sujet et qui sont nécessaires à l'objet de mon dossier;
 - à demander, le cas échéant, un compte rendu d'enquête à mon sujet et 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;
 - à communiquer à mon médecin personnel tout renseignement médical obtenu à mon sujet durant l'évaluation de mon dossier;
 - à communiquer à d'autres assureurs ou réassureurs tout renseignement à mon sujet qui est pertinent aux fins de la détermination de mon admissibilité à une assurance ou à des garanties;
 - à transmettre un bref rapport de mes renseignements personnels au MIB, Inc. y compris ceux sur ma santé.
- La présente autorisation 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.

Nom du propriétaire du contrat _____

Lien avec la personne qui a reçu les soins (père, mère, conjoint, tuteur, etc.) _____

X _____ Signature de la personne qui a reçu les soins	_____ Date
--	---------------