

AFIN QUE VOTRE DEMANDE SOIT TRAITÉE, VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS QUI S'APPLIQUENT À VOTRE SITUATION ET SIGNEZ LA SECTION D.

IL EST IMPORTANT que la demande de prestations n'excède pas douze mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

A IDENTIFICATION (SECTION OBLIGATOIRE) – Le numéro de police ou groupe ou contrat relatif à votre compte mieux-être est disponible auprès de votre employeur.

N° de police ou groupe ou contrat	N° de certificat	Nom du groupe ou du preneur ou de l'employeur		
Nom et prénom de l'adhérent		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance AAAA MM JJ	
Adresse - N°, rue, appartement		Ville	Province	Code postal

B COMPTE MIEUX ÊTRE – Les frais admissibles dans ce compte doivent être payés en totalité.

- Joignez les originaux de vos factures à la présente et conservez des copies pour vos dossiers. Les originaux ne vous seront pas retournés.
- Les factures doivent être faites au nom du bénéficiaire des services et indiquer le nom et l'adresse du fournisseur de services.

1. Nom et prénom du bénéficiaire des services		Relation avec l'adhérent		
Description des services	Nom du fournisseur de services	Date des frais		Montant réclamé
		AAAA	MM JJ	

2. Nom et prénom du bénéficiaire des services		Relation avec l'adhérent		
Description des services	Nom du fournisseur de services	Date des frais		Montant réclamé
		AAAA	MM JJ	

C GESTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, ci-après nommée 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.

D 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 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 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'adhérent Date

N° de téléphone : Résidence : _____ Travail : _____ Poste : _____

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