

**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 <b>Q800</b>		N° de certificat		<b>SI LE GROUPE EST AUTO-ADMINISTRÉ</b> L'administrateur doit remplir cette section avant que l'adhérent remplisse le formulaire		
Nom de famille et prénom de l'adhérent			Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance AAAA MM JJ		Individuel AAAA MM JJ Familial AAAA MM JJ Autre, précisez AAAA MM JJ
N°, rue, appartement			Ville		Province	Code postal
Nom du groupe ou du preneur ou de l'employeur <b>SOCIÉTÉ DES CASINOS DU QUÉBEC INC.</b>			Terminé		AAAA MM JJ	Signature de l'administrateur
						Date

**B - COORDINATION DES PRESTATIONS**

La coordination des prestations peut vous faire profiter d'un remboursement pouvant aller jusqu'à 100 % de vos frais admissibles.  
**COMMENT SOUMETTRE UNE DEMANDE LORSQU'IL Y A DEUX ASSUREURS :**

- Le détenteur de la police doit d'abord faire parvenir la demande de prestations à son assureur. Par la suite, il doit fournir à Desjardins Sécurité financière (DSF) le détail des prestations versées (bordereau explicatif) ainsi que les copies des reçus.
- 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.

Nom de famille et prénom du détenteur de l'autre protection d'assurance			Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance AAAA MM JJ	
Nom de l'assureur	Période de couverture		Si l'autre assurance est détenue auprès de DSF :		
<input type="checkbox"/> DSF <input type="checkbox"/> Autre	Du	Au	N° de contrat :		N° de certificat :
Type de couverture détenue :		<input type="checkbox"/> médicaments <input type="checkbox"/> frais dentaires <input type="checkbox"/> soins médicaux et paramédicaux <input type="checkbox"/> soins visuels <input type="checkbox"/> voyage			
Type de protection :		<input type="checkbox"/> individuelle <input type="checkbox"/> couple <input type="checkbox"/> monoparentale <input type="checkbox"/> familiale			
Nom et prénom des personnes à charge couvertes par cette autre protection d'assurance					

**C - RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX PERSONNES À CHARGE - pour la période au cours de laquelle les frais ont été engagés (utilisez une seule ligne par personne).**

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.

Nom	Prénom	Relation	Sexe	Date de naissance	Étudiant à temps plein ou atteint d'une déficience fonctionnelle	Nom de l'établissement scolaire
		<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"/> 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"/> 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	

Dans le cas d'un changement de conjoint, veuillez préciser :  
 Date du début de la cohabitation : AAAA MM JJ    **OU**     Date du mariage : AAAA MM JJ    Est-ce qu'un enfant est né de cette union?  Non     Oui →    Date de naissance : AAAA MM JJ

**D - COMPTE DE DÉPENSES DE FRAIS DE SANTÉ - Si vous avez cette protection, cochez les options que vous désirez.**

- J'atteste que les frais indiqués me donnent droit à un remboursement en vertu de mon compte de dépenses de frais de santé.
  - Je reconnais que je suis responsable du paiement de tout impôt pouvant résulter du remboursement de ces frais.
  - Je reconnais qu'à des fins fiscales ou administratives, l'administrateur de mon régime peut avoir accès à un relevé des frais pour lesquels j'ai demandé un remboursement en vertu de mon compte de dépenses de frais de santé.
1. Je ne désire pas utiliser mon compte de dépenses de frais de santé.
2. **Partie des frais non admissibles** - Je désire utiliser mon compte de dépenses de frais de santé pour la partie des frais qui n'est pas remboursée par mon assurance collective.
3. **Couverture familiale du conjoint** - Je désire utiliser mon compte de dépenses de frais de santé pour moi et mes enfants à charge pour la portion des frais qui n'est pas remboursée par mon assurance de base. Je ne soumettrai pas une demande de prestations à l'assureur de mon conjoint (coordination des prestations).

## 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 douze mois 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 lorsque votre demande a été traitée. 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 par courriel.
- 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](http://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

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

## G - FRAIS ENGAGÉS À L'EXTÉRIEUR DE VOTRE PROVINCE DE RÉSIDENCE

Veuillez joindre le reçu original et détaillé de tous les frais engagés à l'extérieur de votre province.

AAAA MM JJ AAAA MM JJ

Durée du séjour : Du : \_\_\_\_\_ Au : \_\_\_\_\_ Destination : \_\_\_\_\_ Montant demandé : \_\_\_\_\_ \$

Raison du séjour :  Loisirs  Travail  Recevoir des soins (veuillez vous assurer que ce type de séjour est couvert par votre police)

## H - 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.

## I - 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, de MIB inc. (connu auparavant sous le nom de Bureau de renseignements médicaux), 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 :

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