

Marche à suivre

Fracture

Veillez nous faire parvenir une copie du protocole radiologique ainsi que le présent formulaire **dûment rempli et signé aux sections A, B et D.**

Hospitalisation

Veillez nous faire parvenir le présent formulaire **dûment rempli et signé aux sections A, B, C et D.**

Invalidité (étudiants de 16 à 24 ans seulement)

Veillez nous faire parvenir le présent formulaire **dûment rempli et signé aux sections A, B, C et D.**

Décès, mutilation ou perte d'usage

Veillez communiquer avec nous au **1 877 838-5423** pour connaître la procédure à suivre.

Autre

Veillez nous faire parvenir le présent formulaire **dûment rempli et signé aux sections A, B, C et D.**

Notes

- a) Veuillez fournir les factures originales pour tous les frais engagés prévus au contrat.
- b) Les documents originaux ne seront pas retournés à moins d'une demande de votre part.
- c) Veuillez noter que des informations additionnelles pourraient s'avérer nécessaires.



Pour toute demande de prestations, veuillez communiquer avec nous au **1 877 838-5423**.

Nos bureaux sont ouverts du lundi au vendredi, de 8 h à 17 h, sauf les jours fériés.

Paiement des prestations

Si vous êtes couvert par plusieurs régimes d'assurance (privé ou public), veuillez vous reporter à l'article Coordination des prestations des Conditions générales de votre contrat.

Pour recevoir votre paiement au moyen d'un dépôt direct*, veuillez joindre à votre demande un chèque personnalisé portant la mention Annulé.

Afin d'en savoir plus sur la ou les personnes ayant droit à des prestations, veuillez vous reporter à l'article Paiement des prestations des Conditions générales de votre contrat.

*Si DSF ne peut pas procéder au paiement au moyen d'un dépôt direct, elle le fera à l'aide d'un chèque.

A. Identification du preneur

Nom		Prénom		Numéro de contrat	
Adresse - Numéro, rue			Ville		Province
Code postal					
Les garanties qui font l'objet de la demande sont-elles couvertes par une autre assurance (assurance collective ou autre)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Nom de la compagnie		Numéro de contrat		Nom de l'assuré principal	
				Numéro de certificat	

B. Déclaration du réclamant

Nom de l'assuré blessé			Date de naissance AAAA MM JJ		Âge	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Date de l'accident AAAA MM JJ	Heure de l'accident <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM		Lieu de l'accident			
Description détaillée du genre et des circonstances de l'accident – Veuillez utiliser une feuille supplémentaire au besoin que vous devez signer et dater.						
Nature des blessures – S'il s'agit d'une fracture, veuillez préciser l'os ou le conduit.						
Dates d'hospitalisation du AAAA MM JJ au AAAA MM JJ			Nom de l'hôpital			
Nom et adresse des médecins consultés						
Nom de l'école fréquentée, s'il y a lieu						
X Signature du réclamant					Date	

C. Déclaration du médecin – Les honoraires que pourrait exiger le médecin pour remplir ce formulaire sont à la charge de la personne concernée.

Date de la 1 ^{re} visite AAAA MM JJ		Diagnostic de la blessure				
Hospitalisation	Date et heure d'admission AAAA MM JJ HEURE		Date et heure de sortie AAAA MM JJ HEURE			
Invalidité	Description			Période d'invalidité totale du AAAA MM JJ au AAAA MM JJ		
L'accident décrit plus haut est-il la cause de : l'invalidité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non l'hospitalisation <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						
Nom et adresse du médecin (en caractères d'imprimerie)						
X Signature du médecin					Date	

D. Autorisation à la collecte et à la communication de renseignements personnels

Aux strictes fins de l'établissement de l'assurabilité, de la gestion du dossier et du règlement des demandes de prestations, j'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF) ou ses réassureurs : 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, 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; b) 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; c) 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; d) à communiquer à mon médecin personnel tout renseignement médical obtenu à mon sujet durant l'évaluation de mon dossier; e) à communiquer à d'autres assureurs ou réassureurs tout renseignement à mon sujet qui sont pertinents aux fins de la détermination de mon admissibilité à une assurance ou à des garanties; f) 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.

X Signature du preneur _____ Date _____ **X** Signature de la personne blessée (14 ans ou plus) _____ Date _____