

A - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX - À REMPLIR PAR LA PERSONNE ASSURÉE.

Nom et prénom de l'adhérent		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance AAAA MM JJ	N° de police ou groupe ou contrat
Adresse	N°, rue, appartement			
	Ville	Province	Code postal	N° de certificat
Nom de la personne assurée pour qui les frais ont été engagés			Lien de parenté avec l'adhérent	Date de naissance AAAA MM JJ
Nom du groupe ou du preneur ou de l'employeur		Signature de l'administrateur lorsque requis		Date AAAA MM JJ
1. Nature de l'événement (cochez la ou les case(s) appropriée(s)) <input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Chirurgie				Date de l'événement AAAA MM JJ
2. Détails des circonstances ayant mené à l'hospitalisation, la chirurgie ou l'accident :				

 3. Les frais réclamés sont-ils couverts par un autre contrat d'assurance? Oui Non

Si oui : Nom de l'assureur : _____ N° de contrat : _____

 4. Avez-vous contacté Sigma Assistel avant de recevoir les services? Oui Non Si oui, numéro de dossier : _____

IMPORTANT : SI VOTRE RETOUR AU TRAVAIL EST ANTICIPÉ, VEUILLEZ AVISER L'ASSUREUR DE LA DATE DU RETOUR.
B - 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.

C - 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°s de téléphone : Résidence : () - Travail : () - Poste : _____

D - PÉRIODE DE CONVALESCENCE - À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT QUI RECOMMANDE LA PÉRIODE DE CONVALESCENCE.

1. Diagnostic : _____

2. Traitement ou type de chirurgie : _____

3. Hospitalisation : Date d'admission : _____ Date de sortie : _____

Nom de l'hôpital : _____

4. Cochez le ou les critère(s) de perte d'autonomie nécessitant une période de convalescence :

- Se nourrir - La personne assurée a besoin d'aide pour préparer ses repas ou pour se nourrir.
 Se déplacer - La personne assurée a besoin d'aide pour se lever de son lit ou d'un fauteuil, pour se coucher ou pour s'asseoir.
 Se vêtir - La personne assurée a besoin d'aide pour mettre ou enlever ses vêtements ou ses prothèses orthopédiques.
 Pourvoir à ses besoins élémentaires d'hygiène - La personne assurée a besoin d'aide pour se laver, entrer ou sortir du bain ou de la douche ou pour utiliser les toilettes.

5. Période de convalescence prescrite : période durant laquelle la personne assurée doit nécessairement présenter un ou plusieurs des critères de perte d'autonomie énumérés ci-dessus :

Du _____ Au _____ Nombre de jours : _____

 6. Avez-vous recommandé des soins infirmiers à domicile? Oui Non Si oui, pour quel genre de services? _____

7. La personne assurée vous-a-t-elle déjà consulté ou a-t-elle déjà consulté un autre médecin ou professionnel de la santé pour la condition ayant nécessité l'hospitalisation ou

 la chirurgie avant le _____? Oui Non Si oui, veuillez nous fournir les renseignements suivants :

Nom du médecin	Date des visites AAAA MM JJ	Diagnostic	Traitements
_____	AAAA MM JJ	_____	_____
_____	AAAA MM JJ	_____	_____

 8. La convalescence a-t-elle été prescrite suite à un accouchement? Oui Non

Si oui, la personne assurée a-t-elle été hospitalisée sur votre recommandation pour une période de plus de sept (7) jours après l'accouchement en raison de complications?

 Oui Non Si oui, veuillez indiquer :

a) Nombre de jours d'hospitalisation (après l'accouchement) : _____ jours

b) Détails des complications : _____

Nom et adresse du médecin (EN LETTRES MAJUSCULES)

_____ N° de licence : _____

_____ N° de téléphone : () - _____

Signature du médecin traitant : _____ Date : _____

Pour tous les frais réclamés : 1- Vous devez fournir l'original du reçu qui détaille les services reçus.

2- Lorsque l'espace réservé est insuffisant, vous pouvez annexer une feuille séparée que vous devez dater et signer.

E - SERVICES D'AIDE À DOMICILE - À REMPLIR PAR LA PERSONNE ASSURÉE OU PAR L'ADHÉRENT.

Date de chaque service AAAA MM JJ	Détails des services	Nombre de jours	Honoraires/jour
_____	_____	_____	_____ \$
_____	_____	_____	_____ \$
_____	_____	_____	_____ \$

Nom du fournisseur : _____

Adresse : _____

N° de téléphone : (_____) - _____

Relation avec l'adhérent : AMI PARENT AUTRE, précisez : _____

F - SOINS INFIRMIERS À DOMICILE - À REMPLIR PAR LA PERSONNE ASSURÉE OU PAR L'ADHÉRENT.

Liste des services reçus	Date des services AAAA MM JJ	Taux horaire	Nombre d'heures	Montant
_____	_____	_____	_____	_____ \$
_____	_____	_____	_____	_____ \$
_____	_____	_____	_____	_____ \$

Nom de l'infirmier ou de l'infirmière : _____

Adresse : _____

N° de licence : _____ N° de téléphone : (_____) - _____

Relation avec l'adhérent : AMI PARENT AUTRE, précisez : _____

G - SÉJOUR DANS UN CENTRE DE CONVALESCENCE - À REMPLIR PAR LA PERSONNE ASSURÉE, PAR L'ADHÉRENT OU PAR LE CENTRE DE CONVALESCENCE.

Nom et adresse du centre de convalescence

Durée du séjour

Du : _____ Au : _____ Montant : _____ \$

H - FRAIS DE GARDE DES ENFANTS - À REMPLIR PAR LA PERSONNE ASSURÉE OU PAR L'ADHÉRENT.

Date des services AAAA MM JJ	Nom de l'enfant	Date de naissance AAAA MM JJ	Montant réclamé	Montant normalement payé pour la garde des enfants
_____	_____	_____	_____ \$	_____ \$
_____	_____	_____	_____ \$	_____ \$
_____	_____	_____	_____ \$	_____ \$

Nom du gardien : _____

Adresse : _____

N° de téléphone : (_____) - _____

Relation avec l'adhérent : AMI PARENT AUTRE, précisez : _____

I - FRAIS DE TRANSPORT - À REMPLIR PAR LA PERSONNE ASSURÉE OU PAR L'ADHÉRENT ET FAIRE SIGNER TOUT MÉDECIN OU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ CONSULTÉ.

Admissibles seulement à la suite d'une chirurgie ou d'une hospitalisation.

Dates AAAA / MM / JJ	Transport utilisé (aller-retour)	Soins prodigués	Nom, adresse et numéro de permis du médecin ou professionnel
_____	_____ \$	_____	_____
	Taxi		Signature du médecin ou professionnel
	_____ km	_____ \$	
	Voiture privée	Stationnement	
_____	_____ \$	_____	_____
	Transport public		
_____	_____ \$	_____	_____
	Taxi		Signature du médecin ou professionnel
	_____ km	_____ \$	
	Voiture privée	Stationnement	
_____	_____ \$	_____	_____
	Transport public		
_____	_____ \$	_____	_____
	Taxi		Signature du médecin ou professionnel
	_____ km	_____ \$	
	Voiture privée	Stationnement	
_____	_____ \$	_____	_____
	Transport public		