

**AFIN D'ACCÉLÉRER LE RÈGLEMENT DE VOTRE DEMANDE DE PRESTATIONS, VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS.**

**A - IDENTIFICATION**

N° de groupe <b>Q1114</b>	Code d'indemnisation ASÉQ		
Nom et prénom de l'adhérent	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance AAAA MM JJ	
Adresse - N°, rue, app.			
Ville	Province	Code postal	
Nom du groupe <b>LA FÉDÉRATION DES ASSOCIATIONS ÉTUDIANTES DU CAMPUS DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL (FAÉCUM)</b>			

**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, compagnie d'assurance vie (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 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 AAAA MM JJ	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.**

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.

**Veillez utiliser une seule ligne par personne.**

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 AAAA <input type="checkbox"/> Déf. fonct. 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 AAAA <input type="checkbox"/> Déf. fonct. 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 AAAA <input type="checkbox"/> Déf. fonct. MM JJ	

**D - SERVICE DE DÉPÔT DIRECT ET D'AVIS ÉLECTRONIQUE - À remplir par l'adhérent.**

Ce service vous permet de toucher vos prestations au moyen d'un dépôt direct et de recevoir un avis par courriel vous donnant accès à votre bordereau explicatif en ligne une fois votre demande traitée.

Je désire m'inscrire au service de dépôt direct et d'avis électronique.

**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 électronique.**

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).

**VEUILLEZ REMPLIR LE VERSO DU FORMULAIRE.**

## RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

- N'envoyez que l'original de vos factures (les copies ne sont pas acceptées). Veuillez conserver des copies de vos factures pour vos dossiers; les originaux ne vous seront pas retournés. Le bordereau explicatif ainsi que les copies de vos reçus sont suffisants aux fins de l'impôt sur le revenu et de la coordination des prestations.
- Les demandes de prestations DOIVENT être soumises au cours des 90 jours suivant la fin de l'année de la police pendant laquelle les frais ont été engagés ou des 90 jours suivant la fin de l'assurance, si cette date est antérieure.
- Pour obtenir des renseignements sur votre régime, veuillez visiter le site [www.santeetudiante.com](http://www.santeetudiante.com).

## E - 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

## F - GESTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (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, compagnie d'assurance vie, 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.

## G - 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, compagnie d'assurance vie : 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. J'autorise également Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, à communiquer l'information relative à cette demande de prestations à l'ASÉQ aux fins de l'administration des garanties. 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<sup>os</sup> de téléphone : Résidence : (            ) -            Travail : (            ) -            Poste :

**Veuillez retourner à : Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, C. P. 3950, Lévis (Québec) G6V 8C6**