

**DEMANDE DE PRESTATIONS
 POUR FRAIS DENTAIRES**
A - RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU DENTISTE
 Évaluation préalable Facture

Nom et prénom du dentiste		N° de membre	N° de téléphone () -	
N°, rue, bureau		Ville	Province	Code postal

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA DEMANDE DE PRESTATIONS

IMPORTANT : S'il s'agit de soins dentaires accidentels, veuillez vous référer au verso. Dans le cas d'un traitement qui exige plusieurs séances, la date du traitement doit être la date de fin du traitement ou la date de mise en bouche.

Nom et prénom du patient		Date de naissance AAAA MM JJ	Lien de parenté avec l'adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Filles <input type="checkbox"/> Fils		
--------------------------	--	---------------------------------	--	--	--

Date du traitement	N° de dent	Code du procédé	Surface des dents	Frais de laboratoire	Honoraires du dentiste	Total des frais demandés	À l'usage du dentiste seulement pour le diagnostic. _____ _____ _____ _____ CECI CONSTITUE UNE DÉCLARATION EXACTE DES SERVICES RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS. Signature du dentiste _____ Date _____
Année	Mois	Jour					

Total des honoraires demandés :

B - RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT - À remplir par l'adhérent. Afin d'accélérer le règlement de votre demande, veuillez répondre à toutes les questions.

Nom du groupe (nom de l'association étudiante)		N° de groupe	N° d'identification de l'étudiant (disponible sur www.santeetudiante.com)		
Nom et prénom de l'adhérent				Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance AAAA MM JJ
N°, rue, appartement		Ville	Province	Code postal	
Remplir seulement si vous demandez un remboursement des frais engagés pour vos enfants à charge de 21 ans ou plus. Ne pas oublier de fournir les informations en relation avec la période où les frais sont engagés pour votre enfant. Si votre enfant est atteint d'une déficience fonctionnelle, veuillez nous fournir un rapport médical attestant son incapacité.					
Étudiant à temps plein ou atteint d'une déficience fonctionnelle : <input type="checkbox"/> Étudiant à t. plein : Du		AAAA MM JJ	AAAA MM JJ	Nom de l'établissement scolaire	

C - COORDINATION DES PRESTATIONS - À remplir par l'adhérent. Vous DEVEZ REMPLIR la présente section si votre demande de prestations vous concerne ou qu'elle concerne votre conjoint ou votre enfant et que votre conjoint est assuré en vertu d'un autre contrat qui comporte une garantie d'assurance des soins dentaires.

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 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					

D - 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 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.

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.

E - CESSION DE PRESTATIONS

Si les prestations payables doivent être cédées à un dentiste, veuillez remplir cette section pour chaque demande de prestations.

Je reconnais que certains des frais indiqués dans la présente demande de prestations peuvent ne pas être couverts par l'assureur ou qu'ils peuvent être supérieurs au maximum auquel j'ai droit. Je reconnais également que je suis responsable du paiement de ces frais. Je cède par la présente mes prestations payables au dentiste indiqué ci-dessus et j'autorise l'assureur à lui verser directement ces prestations.

Signature de l'adhérent _____

Date _____

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 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

Je comprends que je suis responsable du coût total du traitement. 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 cette liste soit exhaustive, cette collecte pourra se réaliser auprès de professionnels de la santé ou d'établissements de santé, ou de compagnies d'assurance; b) à ne communiquer aux dites 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 détient 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 _____

Nos de téléphone : Résidence : () - Travail : () - Poste :

H - SOINS DENTAIRES NÉCESSAIRES À LA SUITE D'UN ACCIDENT

À REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

AAAA MM JJ

Date de l'accident : _____ Lieu de l'accident : _____

Comment l'accident est-il survenu?

S'il s'agit d'un accident de travail ou d'un accident de véhicule motorisé, la demande doit d'abord être soumise à votre régime provincial d'assurance automobile (si applicable dans votre province) ou de santé et sécurité au travail avant d'être transmise à votre assureur.

À REMPLIR PAR LE DENTISTE

Les radiographies préopératoires sont requises pour l'étude des soins dentaires accidentels. Elles seront retournées au dentiste traitant dès que possible.

Les dents étaient-elles saines et naturelles avant l'accident? Oui Non

Diagnostic et description clinique des dents avant l'accident : _____

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