

3 étapes pour faire une réclamation

Étape 1 – Réunissez tous les documents nécessaires indiqués ci-dessous

Étape 2 – Remplissez et signez le formulaire Réclamation pour des soins reçus en voyage et le formulaire de remboursement provincial ci-joints

Étape 3 – Faites-nous parvenir tous les documents en ligne ou par la poste :

En ligne

www.desjardinsassurancevie.com/envoi

Par la poste

Desjardins Assurances
200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 6R2

Vous avez des questions?

Appelez-nous au 1 855 368-6924

Documents à fournir

- Le formulaire Réclamation pour des soins reçus en voyage.
- Le formulaire de remboursement provincial.

Vous devez remplir et signer ce formulaire si vous voulez que nous traitions votre réclamation, et ce, même si vous n'avez payé aucune facture. Ce formulaire nous permet d'agir à votre place pour soumettre vos factures admissibles à un remboursement à votre régime gouvernemental.

- Les factures originales pour tous les frais engagés (par exemple : frais de consultation médicale ou de médicaments). Veuillez en garder une copie pour vos dossiers.
Si vous avez payé les frais avec votre carte de crédit : fournir aussi une copie de votre relevé de compte. Sinon, nous calculerons le montant remboursable selon le taux de change en vigueur au moment de traiter votre réclamation.
- Un spécimen de chèque si vous désirez un paiement par dépôt direct – Le dépôt direct peut seulement être effectué dans le compte du propriétaire du contrat.
- Une confirmation écrite de votre dentiste dans votre province de résidence si vous réclamez pour une blessure causée par un choc direct et accidentel à la bouche. Cette confirmation doit attester que la dent était saine et naturelle au moment de l'accident.
- Une preuve que votre enfant fréquentait un établissement scolaire reconnu à temps plein aux dates du voyage, si vous réclamez pour un enfant à charge âgé entre 18 et 25 ans. Ces âges peuvent varier. Veuillez consulter votre contrat d'assurance.

Pour éviter des délais

Assurez-vous de bien remplir les formulaires requis et de nous fournir tous les documents demandés

Si nous devons vous retourner un formulaire ou vous demander des documents manquants, le traitement de votre demande sera retardé.

Si vous n'êtes pas en mesure de joindre tous les documents demandés

Veuillez nous expliquer pourquoi sur une feuille accompagnant votre demande.

 Notez que nous pouvons exiger des documents ou renseignements supplémentaires.

Protégez votre numéro de carte de crédit

Ne transmettez jamais ce numéro dans vos courriels et autres communications électroniques non sécurisées.

Collecte ou transfert de vos renseignements personnels à l'extérieur du Canada

Desjardins Assurances fait appel à des fournisseurs de services situés à l'extérieur du Canada pour accomplir certains mandats particuliers dans le cours normal de ses affaires. Il est possible que certains renseignements personnels vous concernant soient ainsi recueillis et/ou transférés dans un autre pays et qu'ils soient soumis aux lois de ce pays.

Vous pouvez trouver l'information sur nos politiques et pratiques en matière de collecte et de transfert de renseignements personnels à l'extérieur du Canada en consultant la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins au www.desjardins.com/politique-confidentialite. Vous pouvez aussi obtenir cette information ou poser toute question à ce sujet en communiquant avec nous au 1 800 463-7870.

A. Renseignements sur vous (la personne qui réclame)

Nom de famille	Prénom
Numéro de téléphone à 10 chiffres pour vous joindre de jour Poste :	Adresse de courrier électronique pour faire le suivi de votre demande au besoin

B. Renseignements sur la personne qui a reçu les soins

 Si plus d'une personne a reçu des soins, vous devez fournir un formulaire pour chacune d'elle.

Qui a reçu les soins pour lesquels vous réclamez ?

<input type="checkbox"/> Vous-même →	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Adresse – N°, rue, app.	Ville	Prov./Terr.	Code postal
<input type="checkbox"/> Une autre personne →	Nom de famille	Prénom	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Lien de parenté avec vous	
	Adresse – N°, rue, app.		Ville	Prov./Terr.	Code postal

C. Renseignements sur l'assurance de la personne qui a reçu les soins

1. Assurance détenue chez Desjardins

Cochez le ou les types d'assurance de la personne qui a reçu les soins et indiquez l'information demandée.

<input type="checkbox"/> Assurance voyage incluse avec une carte de crédit →	Numéro de la carte de crédit				
<input type="checkbox"/> Assurance voyage comprise dans un régime d'assurance collective offert par un employeur ou un autre regroupement →	Numéro de groupe		Numéro de certificat		
<input type="checkbox"/> Toute autre assurance voyage →	Numéro de contrat ou de police				

2. Assurance détenue chez un autre assureur

La personne qui a reçu les soins (que ce soit vous-même ou une autre personne) est-elle couverte par une autre assurance voyage? Oui Non

Si oui, cochez le ou les types d'assurance détenus et indiquez l'information demandée.

<input type="checkbox"/> Assurance voyage incluse avec une carte de crédit →	Nom de l'assureur ou de l'émetteur de la carte de crédit	Avez-vous présenté une réclamation? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
<input type="checkbox"/> Assurance voyage comprise dans un régime d'assurance collective offert par un employeur ou un autre regroupement →	Nom de l'assureur	Numéro de groupe	Numéro de certificat	Avez-vous présenté une réclamation? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Toute autre assurance voyage →	Nom de l'assureur	Numéro de contrat	Avez-vous présenté une réclamation? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

D. Renseignements sur le voyage

Date de départ de la province ou territoire de résidence (AAAA-MM-JJ)	Date de retour dans la province ou territoire de résidence initialement prévue (AAAA-MM-JJ)	Date de retour réelle dans la province ou territoire de résidence (si différente de la date de retour initialement prévue) (AAAA-MM-JJ)
Endroit où les soins ont été fournis Ville	Pays	Raison du séjour <input type="checkbox"/> Loisirs <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Recevoir des soins <input type="checkbox"/> Autre : _____

 Veuillez signer ce formulaire à la dernière page

E. Renseignements sur la raison des soins

Pour quelle raison les soins ont-ils été fournis ? (Utilisez une feuille supplémentaire au besoin.)

Avez-vous communiqué avec le Service d'assistance ? Non | Oui → Numéro de dossier : _____

F. Renseignements sur les frais engagés pour les soins

 Si vous n'avez pas reçu de factures, passez à la section G.

Remplissez le tableau suivant pour chaque facture reçue. Veuillez utiliser une feuille supplémentaire si vous avez plus de 3 factures.

Facture 1		Type de service reçu (par exemple : consultation, hospitalisation, médicaments)
Montant inscrit sur la facture	Devise de la facture	

Avez-vous payé cette facture ? Non | Oui → Totalement Partiellement Montant payé : _____ Devise : _____

Facture 2		Type de service reçu (par exemple : consultation, hospitalisation, médicaments)
Montant inscrit sur la facture	Devise de la facture	

Avez-vous payé cette facture ? Non | Oui → Totalement Partiellement Montant payé : _____ Devise : _____

Facture 3		Type de service reçu (par exemple : consultation, hospitalisation, médicaments)
Montant inscrit sur la facture	Devise de la facture	

Avez-vous payé cette facture ? Non | Oui → Totalement Partiellement Montant payé : _____ Devise : _____

G. Consentement lié à vos renseignements personnels chez Desjardins Assurances

Ce consentement concerne seulement la personne qui a reçu les soins.

1. Pourquoi Desjardins Assurances a besoin de votre consentement

Votre consentement nous permet de recueillir, utiliser et partager les renseignements personnels nécessaires aux fins suivantes :

1. étudier une demande d'assurance de votre part
2. gérer votre dossier pendant la durée de l'assurance
3. traiter une réclamation

De plus, votre consentement nous permet de faire ce qui suit, au besoin :

- consulter un ancien dossier d'assurance que vous avez chez Desjardins Assurances, si c'est le cas
- demander un rapport d'enquête sur vous à une agence de renseignements personnels, si nécessaire
- communiquer au MIB, LLC un résumé de vos renseignements personnels, y compris des renseignements sur votre santé, après l'étude d'une demande d'assurance de votre part

Le MIB, LLC est un organisme qui gère une base de données permettant à des compagnies d'assurance au Canada et aux États-Unis de recueillir et partager de l'information sur leurs clients.

- communiquer à votre médecin tout renseignement médical obtenu à votre sujet pendant l'étude d'une demande d'assurance ou réclamation de votre part pour que l'information vous soit transmise
- communiquer à tout assureur ou réassureur tout renseignement pertinent (comme des résultats d'exams médicaux) pour leur permettre d'évaluer une demande d'assurance de votre part

En nous donnant votre consentement, vous autorisez également nos réassureurs et notre filiale Assistel à recueillir, utiliser et partager vos renseignements personnels de la même façon que nous. Nos réassureurs sont des compagnies qui nous assurent nous, Desjardins Assurances.



Veuillez signer ce formulaire à la dernière page

- 2. Après de qui vos renseignements personnels sont-ils recueillis ou partagés?**
- Vous donnez votre consentement pour la collecte et le partage des renseignements nécessaires auprès de vous, mais aussi auprès d'autres personnes et organisations. Ces personnes et organisations comprennent, entre autres :
- des agences de voyages, des grossistes, des compagnies aériennes
 - le MIB, LLC
 - des professionnels ou professionnelles de la santé ou des établissements de santé (exemples : médecins, hôpitaux, cliniques)
 - des fournisseurs de services de santé
 - des firmes paramédicales
 - des organismes publics ou parapublics
 - d'autres assureurs que Desjardins Assurances
 - des réassureurs
 - votre employeur ou un ex-employeur
 - le preneur (le ou la propriétaire du contrat d'assurance), si vous n'êtes pas cette personne
 - toute autre composante de Desjardins, si elle est concernée par l'assurance
 - une agence de renseignements personnels ou une agence d'investigation

- 3. Si cette demande concerne une autre personne que vous**
- Pour un enfant mineur**
- Vous nous autorisez aussi à recueillir, utiliser et partager des renseignements personnels nécessaires sur eux, s'ils sont âgés de moins de 14 ans au Québec, ou de moins de 16 ans ailleurs qu'au Québec.
- Pour une personne décédée**
- Vous nous autorisez aussi à recueillir, utiliser et partager des renseignements personnels nécessaires sur cette personne.

En signant ce formulaire :

- vous autorisez Desjardins Assurances, ses réassureurs et sa filiale Assistel à recueillir, à utiliser et à partager des renseignements personnels selon les conditions décrites dans cette section, la réglementation applicable et la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins. Vous pouvez consulter cette politique au www.desjardins.com/politique-confidentialite

H. Déclaration

En signant ce formulaire :

- vous déclarez que les renseignements fournis dans ce formulaire ainsi que dans tout autre document que vous soumettez pour votre réclamation sont exacts et complets
- vous comprenez que le fait de fournir des renseignements inexacts ou incomplets ou de faire une fausse déclaration peut entraîner l'annulation de votre assurance ou le refus de votre réclamation

I. Signatures

X _____
Signature de la personne qui réclame

_____ Date (AAAA-MM-JJ)

X _____
Signature de la personne qui a reçu les soins

_____ Date (AAAA-MM-JJ)

- › Si cette personne est un enfant mineur âgé de moins de 14 ans (au Québec) ou de moins de 16 ans (ailleurs qu'au Québec), un parent, tuteur ou représentant légal doit signer à sa place et remplir l'encadré en vert ci-dessous
- › Si cette personne est décédée, veuillez cocher cette case :

Identification de la personne signataire pour un enfant mineur :	Lien avec l'enfant mineur :
_____	<input type="checkbox"/> Parent (père ou mère) <input type="checkbox"/> Tuteur ou tutrice (Québec)
Prénom et nom (en lettres majuscules)	<input type="checkbox"/> Représentant légal ou représentante légale (provinces autres que le Québec)

i **Assurez-vous d'avoir bien rempli toutes les sections requises dans ce formulaire.**
S'il manque des signatures ou des renseignements, le traitement de votre demande pourrait être retardé.

