



**AFIN D'ACCÉLÉRER LE RÈGLEMENT DE VOTRE DEMANDE DE PRESTATIONS, VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS.**  
**(Le traitement de cette demande sera retardé et elle pourra vous être retournée si des renseignements ne sont pas fournis ou sont inexacts.)**

A N° de police ou groupe ou contrat		N° de certificat		<b>SI LE GROUPE EST AUTO-ADMINISTRÉ L'administrateur doit remplir cette section avant que l'assuré remplisse le formulaire</b>		
Nom de famille et prénom de l'assuré		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance AAAA MM JJ		En vigueur	Individuel AAAA MM JJ
N°, rue, appartement				Familial AAAA MM JJ		
Ville, province		Code postal		Autre, précisez AAAA MM JJ		
Nom du groupe ou du preneur ou de l'employeur				Terminé AAAA MM JJ	Signature de l'administrateur	
				Date		

**B 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. Date de l'accident : AAAA MM JJ

• Nom de la personne accidentée :

**C COORDINATION DES PRESTATIONS - VOUS DEVEZ REMPLIR cette section si la demande est faite pour le conjoint ou un enfant.**  
La coordination des prestations peut vous faire profiter d'un remboursement pouvant aller jusqu'à 100 % de vos frais.

**COMMENT SOUMETTRE UNE DEMANDE LORSQU'IL Y A DEUX ASSUREURS :**

1. Votre conjoint doit d'abord faire parvenir la demande de prestations à son assureur et fournir ensuite à Desjardins Sécurité financière le détail des prestations versées (bordereau explicatif) ainsi que les copies des reçus.
2. 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.

**Votre conjoint est-il assuré en vertu d'une autre police d'assurance comportant une couverture pour :**

• médicaments :  Oui  Non • soins paramédicaux :  Oui  Non • soins visuels :  Oui  Non • voyage :  Oui  Non  
AAAA MM JJ

Si oui, s'agit-il d'une protection :  individuelle  couple  monoparentale  familiale  
AAAA MM JJ Date début ass. : AAAA MM JJ

Nom et prénom du conjoint : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Date fin ass. : \_\_\_\_\_

Nom de l'assureur : \_\_\_\_\_ N° de police : \_\_\_\_\_ N° de certificat : \_\_\_\_\_

**D COMPTE DE DÉPENSES DE FRAIS DE SANTÉ - Si vous avez cette protection, cochez les options que vous désirez.**

1. Je ne désire pas utiliser mon compte de dépenses de frais de santé.

2. **Partie des frais non admissibles** - Je désire utiliser mon compte de dépenses de frais de santé pour la partie des frais qui n'est pas remboursée par mon assurance collective.

3. **Couverture familiale du conjoint** - Je désire utiliser mon compte de dépenses de frais de santé pour moi et mes enfants à charge pour la portion des frais qui n'est pas remboursée par mon assurance de base. Je ne soumettrai pas une demande de prestations à l'assureur de mon conjoint (coordination des prestations).

4. **Soins qui exigent une recommandation médicale** - Je désire utiliser mon compte de dépenses de frais de santé pour ces frais lorsque je n'ai pas de recommandation médicale.

<b>E RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU PATIENT pour la période au cours de laquelle les frais ont été engagés (utilisez une seule ligne par patient).</b> 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.					<b>ENFANTS ÂGÉS DE 18 OU 21 ANS OU PLUS (selon la police).</b> Si votre enfant est atteint d'une déficience fonctionnelle, veuillez nous fournir un rapport médical attestant son incapacité.	
Nom	Prénom	Relation	Sexe	Date de naissance	Étudiant à temps plein ou atteint d'une déficience fonctionnelle	Nom de l'établissement scolaire fréquenté
		<input type="checkbox"/> Assuré <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 <input type="checkbox"/> Déf. fonct. AAAA MM JJ Du _____ Au _____	
		<input type="checkbox"/> Assuré <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 <input type="checkbox"/> Déf. fonct. AAAA MM JJ Du _____ Au _____	
		<input type="checkbox"/> Assuré <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 <input type="checkbox"/> Déf. fonct. AAAA MM JJ Du _____ Au _____	

**F 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 lorsque votre demande a été traitée.
- **Pour vous y inscrire**, veuillez joindre un chèque portant la mention « ANNULÉ » à la présente demande et inscrire votre adresse 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.assurancecollectivesdf.com](http://www.assurancecollectivesdf.com).

