

Marche à suivre**Si vous réclamez pour :****Une fracture :** Remplissez les sections A, B et C et joignez une copie du protocole radiologique.**Une hospitalisation, une invalidité¹, une perte d'usage, une mutilation ou un coma² :**

Remplissez les sections A, B, C et D.

Toute autre raison, sauf un décès : Remplissez les sections A, B et C et joignez une confirmation médicale de la blessure subie.**Un décès :** Appelez-nous au **1 877 838-5423**. Ce formulaire n'est pas celui que vous devez remplir.¹ Pour les étudiants âgés de 16 à 24 ans inclusivement² Pour les contrats Accirance Élite seulement**Après avoir rempli ce formulaire**

Assurez-vous de l'avoir signé et faites-le-nous parvenir à l'adresse suivante :

Desjardins Assurances
Case postale 520, succ. Lévis
Lévis (Québec) G6V 7E2**Des questions ?**Communiquez avec nous au **1 877 838-5423**
(du lundi au vendredi, de 8 h à 17 h)**Ce que vous devez aussi savoir**

- Pour recevoir votre paiement par **dépôt direct**, veuillez joindre un spécimen de chèque.
- Nous pourrions vous demander des renseignements supplémentaires.
- Nous ne vous retournerons pas les documents que vous fournirez pour votre réclamation sauf si vous le demandez.

A. Renseignements sur vous (le preneur du contrat)

Nom	Prénom	Numéro de contrat	
Adresse – Numéro, rue, app.	Ville	Province	Code postal

B. Déclaration du preneur**1. Renseignements sur la personne blessée**

Nom	Prénom	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Âge	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
-----	--------	--------------------------------	-----	---

La personne blessée est-elle couverte par d'autres assurances en cas d'accident (collective, individuelle ou gouvernementale) ?

 Oui Non **Si oui**, veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous.

<input type="checkbox"/> Assurance collective →	Nom de l'assureur	Numéro de contrat	Numéro de certificat
<input type="checkbox"/> Assurance individuelle →	Nom de l'assureur	Numéro de contrat ou de police	
<input type="checkbox"/> Assurance gouvernementale →	Nom de l'organisme gouvernemental		

Si la personne blessée est aux études, nom de l'établissement scolaire fréquenté

2. Renseignements sur l'accident

Date (AAAA-MM-JJ)	Heure <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	Lieu
-------------------	--	------

Description détaillée (genre et circonstances) – Au besoin, veuillez utiliser une feuille supplémentaire que vous devez signer et dater.

Nature des blessures – S'il s'agit d'une fracture, veuillez préciser s'il s'agit du larynx, de la trachée ou d'un os (précisez le nom de l'os).

La personne blessée a-t-elle été hospitalisée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Dates d'hospitalisation (AAAA-MM-JJ) Si oui → Du: Au:	Nom de l'hôpital
--	---	------------------

Nom et adresse des médecins consultés

C. Autorisation à la collecte et à la communication de renseignements personnels

Aux strictes fins de l'établissement de l'assurabilité, de la gestion du dossier et du règlement des réclamations, j'autorise Desjardins Assurances ou ses réassureurs :

- 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, du MIB, Inc., de compagnies d'assurance ou de réassurance, d'agents de renseignements personnels ou d'agences d'investigation, du preneur, de mon employeur ou de mes ex-employeurs;
- à ne communiquer qu'à ces personnes physiques ou morales ou à ces organismes publics ou parapublics que les seuls renseignements personnels qu'elle détient à mon sujet et qui sont nécessaires à l'objet de mon dossier;
- à demander, le cas échéant, un compte rendu d'enquête à mon sujet et 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;
- à communiquer à mon médecin personnel tout renseignement médical obtenu à mon sujet durant l'évaluation de mon dossier;
- à communiquer à d'autres assureurs ou réassureurs tout renseignement à mon sujet qui est pertinent aux fins de la détermination de mon admissibilité à une assurance ou à des garanties;
- à transmettre un bref rapport de mes renseignements personnels au MIB, Inc. y compris ceux sur ma santé.

La présente autorisation 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 réclamation.

Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

X _____
Signature du preneur Date (AAAA-MM-JJ)

X _____
Signature de la personne blessée (si âgée de 14 ans ou plus) Date (AAAA-MM-JJ)

D. Déclaration du médecin – Cette section n'est pas nécessaire si vous réclamez seulement pour une fracture. Si le médecin exige des frais pour remplir cette section, c'est à vous qu'il revient de les payer.

Date de la 1 ^{re} visite (AAAA-MM-JJ)	Diagnostic de la blessure
--	---------------------------

Si la personne blessée a été hospitalisée

Date et heure d'admission		Date et heure de sortie	
Date (AAAA-MM-JJ):	Heure : <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	Date (AAAA-MM-JJ):	Heure : <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM

Si la personne blessée a été invalide

Raison de l'invalidité	Période d'invalidité (AAAA-MM-JJ)
	Du: _____ Au: _____

L'accident décrit à la **section B** est-il la cause de: → l'hospitalisation? Oui Non l'invalidité? Oui Non

Nom et adresse du médecin (en caractères d'imprimerie)

X _____
Signature du médecin Date (AAAA-MM-JJ)