

RÉCLAMATION COMPTE MIEUX-ÊTRE

Afin que votre demande soit traitée, répondre à **toutes les questions** qui s'appliquent à votre situation et **signez la section D.**

Section A. Identification (section obligatoire) – Le numéro de police ou groupe ou contrat relatif à votre compte mieux-être est disponible auprès de votre employeur.

N° de police ou groupe ou contrat	N° de certificat	Nom du groupe ou du preneur ou de l'employeur	
Nom et prénom de l'adhérent		Date de naissance AAAA MM JJ	
Adresse – N°, rue, appartement		Ville	Province
		Code postal	

Section B. Compte mieux-être – Les frais admissibles dans ce compte doivent être payés en totalité.

- Joignez les originaux de vos factures à la présente et conservez des copies pour vos dossiers. Les originaux ne vous seront pas retournés.
- Les factures doivent être faites au nom du bénéficiaire des services et indiquez le nom et l'adresse du fournisseur de services.

1. Nom et prénom du bénéficiaire des services		Relation avec l'adhérent	
Description des services	Nom du fournisseur de services	Date des frais AAAA MM JJ	Montant réclamé
2. Nom et prénom du bénéficiaire des services		Relation avec l'adhérent	
Description des services	Nom du fournisseur de services	Date des frais AAAA MM JJ	Montant réclamé

Section C. Gestion des renseignements personnels

Pour vous servir au quotidien et pour respecter nos obligations légales, nous devons recueillir, utiliser et partager des renseignements personnels à votre sujet. Pour plus de détails, consultez la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins au www.desjardins.com/politique-confidentialite. Des consentements spécifiques pour assurer la réalisation et la continuité du service chez Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, ci-après nommée Desjardins Assurances, peuvent vous être demandés. Ces démarches seront entreprises dans le respect de la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins. Desjardins Assurances traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. Vos renseignements ne sont consultés que par les employés qui doivent y accéder pour exécuter leurs tâches. Desjardins Assurances peut aussi communiquer avec ses assurés à des fins de gestion optimale de leur santé (outils d'aide aux réclamations, documentation informative sur la santé, etc.) et offrir à ces derniers un produit d'assurance à la suite de la cessation de leur assurance collective. Vous avez le droit d'examiner les renseignements personnels que nous détenons à votre sujet et de demander la correction de tout renseignement incomplet, ambigu ou non pertinent. Pour connaître comment soumettre une telle demande, consultez notre Politique de confidentialité.

Section D. Déclaration et autorisation à la collecte, à l'utilisation 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 Assurances : 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. Afin d'atteindre les fins identifiées ci-dessus et pour vous offrir un accompagnement qui répond à vos besoins, vos renseignements pourraient être utilisés, sur une base dépersonnalisée, pour des analyses, des statistiques et l'élaboration de modèles prédictifs. 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°s de téléphone : Résidence : _____ Travail : _____ Poste : _____

Retournez à : Desjardins Assurances, C. P. 3950, Lévis (Québec) G6V 8C6