

GROSSESSE POUR AUTRUI DÉCLARATION

IMPORTANT – Remplissez toutes les sections du présent formulaire.

SECTION A. Identification de l'adhérent

Nom et prénom de l'adhérent	Date de naissance AAAA MM JJ	N° de contrat	N° de certificat
N°, rue, appartement	Ville	Province	Code postal
N° de téléphone – Résidence	Travail	Poste	

SECTION B. Identification de la mère porteuse

Nom et prénom de la mère porteuse _____

- Est-elle âgée d'au moins 21 ans? Oui Non
- Réside-t-elle au Canada? Oui Non
- Est-elle une de vos personnes à charge? Oui Non

SECTION C. Déclaration

Je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont complets et véridiques. Je reconnais que la garantie est assujettie aux clauses de limitation ou de réduction, ainsi qu'aux exclusions applicables. Je reconnais avoir pris connaissance de la section Gestion des renseignements personnels du présent formulaire. Une photocopie de la présente déclaration a la même valeur que l'original.

AAAA MM JJ

➤ Signature de l'adhérent _____ Date _____

SECTION D. 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 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 E. Comment soumettre vos documents

- Envoyez ce formulaire et tous les documents nécessaires à : Desjardins Assurances
Assurance collective, Règlements d'assurance maladie
C. P. 3950, Lévis (Québec) G6V 8C6
- S'il y a lieu, les réclamations doivent d'abord être soumises à votre régime provincial d'assurance maladie avant de les soumettre à Desjardins Assurances.
- Veillez utiliser le formulaire « Réclamation d'assurance maladie » (n° 19132) pour nous soumettre des frais qui ne sont pas couverts par votre régime provincial d'assurance maladie.