

RÉCLAMATION POUR FRAIS DE SCOLARITÉ DÉCLARATION DE L'ÉTUDIANT

VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT CE QUI SUIT AVANT DE REMPLIR LE PRÉSENT FORMULAIRE.

- Veuillez joindre à ce formulaire les reçus originaux de vos achats de livres que vous ne pouvez plus utiliser et ceux de tous frais obligatoires, non négociables et non remboursables relatifs à des services dont vous ne pouvez plus bénéficier à la suite de votre retrait du collège ou de l'université (les copies ne sont pas acceptées).
- Veuillez conserver des copies de vos factures pour vos dossiers. Ces originaux ne vous seront pas retournés. Votre bordereau explicatif et les copies de vos factures seront suffisants aux fins de l'impôt sur le revenu et de la coordination des prestations.
- La réclamation DOIT être soumise au plus tard dans les 12 mois qui suivent la date à laquelle les frais ont été engagés.
- Veuillez faire remplir par votre médecin le formulaire « Réclamation pour frais de scolarité – Déclaration du médecin traitant » n° 12194F.
- Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur votre régime, veuillez visiter le site studentcare.ca.

A IDENTIFICATION DE L'ÉTUDIANT

Nom et prénom de l'étudiant			N° de téléphone	
N° de groupe	N° de certificat ou n° d'étudiant	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Date de naissance AAAA MM JJ
Adresse – N°, rue, appartement		Ville	Province	Code postal
Nom du groupe				

B INVALIDITÉ RELATIVE À UNE MALADIE OU À UNE BLESSURE

1. Veuillez décrire votre problème de santé : _____

2. Quand avez-vous reçu un premier traitement de la part d'un médecin : _____

3. À partir de quelle date n'étiez-vous plus en mesure de vous présenter en classe?

C IDENTIFICATION DES MÉDECINS OU DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Veillez fournir le nom et l'adresse de chacun des médecins ou autres professionnels de la santé consultés pour ce problème de santé.

Nom et prénom du médecin ou du professionnel de la santé (EN LETTRES MAJUSCULES)			N° de téléphone	
Spécialité			N° de permis	
Adresse – N°, rue, bureau		Ville	Province	Code postal
Date de la dernière visite AAAA MM JJ	Fréquence des visites <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :		Date de la prochaine visite AAAA MM JJ	
Nom et prénom du médecin ou du professionnel de la santé (EN LETTRES MAJUSCULES)			N° de téléphone	
Spécialité			N° de permis	
Adresse – N°, rue, bureau		Ville	Province	Code postal
Date de la dernière visite AAAA MM JJ	Fréquence des visites <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :		Date de la prochaine visite AAAA MM JJ	

VEUILLEZ REMPLIR LE VERSO DU FORMULAIRE.

D TRAITEMENT

1. Décrivez les traitements que vous recevez actuellement (chirurgie, physiothérapie, aide psychologique) : _____

2. Si vous prenez des médicaments, fournissez les détails suivants :

Nom du médicament	Posologie	Date de début			Raison de la médication
		AAAA	MM	JJ	

3. Si vous prévoyez d'autres rendez-vous, tests sanguins, radiographies, chirurgies ou tout autre type d'analyse ou de traitement, veuillez préciser :

Type de rendez-vous, analyse ou traitement	Date prévue			Professionnel de la santé ou établissement
	AAAA	MM	JJ	

3. Décrivez votre état de santé actuel : Rétabli Amélioré Inchangé Détérioré

4. Énumérez et précisez uniquement les symptômes qui vous empêchent de vous présenter en classe.

Symptôme	Si applicable, précisez l'endroit, la durée, la fréquence et la gravité du symptôme

E PLAN POUR LE RETOUR EN CLASSE

1. Avez-vous recommencé à fréquenter le collège ou l'université à temps partiel? Oui Non Si oui, depuis quand? _____

2. Avez-vous recommencé à temps complet? Oui Non Si oui, depuis quand? _____

3. Si vous n'êtes pas de retour en classe, quelle est votre opinion quant à votre aptitude à y retourner?

Je ne prévois pas retourner en classe. _____

Je prévois retourner en classe à temps partiel le ou vers le : _____

Je prévois retourner en classe à temps complet le ou vers le : _____

F COMMENTAIRES

Pouvez-vous ajouter d'autres renseignements qui nous aideront à mieux comprendre votre état de santé? _____

G GESTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, ci-après nommée Desjardins Assurances, traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. Desjardins Assurances conserve ces renseignements dans un dossier afin de vous faire bénéficier des services d'assurance collective qu'elle offre. Ces renseignements ne sont consultés que par les employés de Desjardins Assurances qui en ont besoin pour leur travail. Desjardins Assurances peut faire une compilation de renseignements rendus anonymes à des fins statistiques et d'information. Desjardins Assurances peut aussi communiquer avec ses assurés à des fins de gestion optimale de leur santé. Vous avez le droit de consulter votre dossier. Vous pouvez aussi y faire corriger des renseignements si vous démontrez qu'ils sont inexacts, incomplets, ambigus ou inutiles. Vous devez alors envoyer une demande écrite à l'adresse suivante : Responsable de la protection des renseignements personnels, Desjardins Assurances, compagnie d'assurance vie, 200, rue des Commandeurs, Lévis, Québec, G6V 6R2. Desjardins Assurances peut utiliser la liste de ses clients afin d'offrir à ces derniers un produit d'assurance à la suite de la cessation de leur assurance collective. Si vous ne voulez pas recevoir une telle offre, vous avez le droit de faire rayer votre nom de cette liste. Vous devez alors envoyer une demande écrite au responsable de la protection des renseignements personnels chez Desjardins Assurances.

H DÉCLARATION ET AUTORISATION À LA COLLECTE 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 réclamation, 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. J'autorise également Desjardins Assurances à communiquer l'information relative à cette réclamation à STUDENTCARE aux fins de l'administration des garanties. 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'étudiant : _____

Date : _____

**TRÈS
IMPORTANT**

**VEUILLEZ FAIRE REMPLIR LE FORMULAIRE « RÉCLAMATION POUR FRAIS DE SCOLARITÉ – DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT » (N° 12194F) ET FAIRE PARVENIR LES FORMULAIRES REMPLIS À :
DESJARDINS ASSURANCES, C. P. 3950, LÉVIS (QUÉBEC) G6V 8C6**