

### Assurance Maladie Complémentaire

|  |                     |                               |                     |
|--|---------------------|-------------------------------|---------------------|
| Nom complet du membre participant au régime: | Groupe ou employeur | N° d'identification personnel |                     |
|  |                     | N° de groupe                  | N° d'identification |
|  |                     | Date de naissance             |                     |
|  |                     | Jour / Mois / Année           |                     |

|   |                                  |                                   |  |
|---|----------------------------------|-----------------------------------|--|
| Adresse du membre participant au régime | Rue _____ App. _____             | Langue de préférence              |  |
|   | Ville _____                      | <input type="checkbox"/> Anglais  |  |
|   | Province _____ Code postal _____ | <input type="checkbox"/> Français |  |
|   |                                  | N° de téléphone _____             |  |

**REEMPLIR LA PRÉSENTE SECTION SI LA DEMANDE CONCERNE UNE PERSONNE À CHARGE**

| Nom de la personne à charge<br>(nom de famille, prénom) | Date de naissance |      |       | Lien de parenté avec le membre participant au régime   |
|---|-------------------|------|-------|--|
|   | Jour              | Mois | Année |  |
|   |                   |      |       | Conjoint <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Fils <input type="checkbox"/><br>Autre (préciser) _____ |
|   |                   |      |       | Conjoint <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Fils <input type="checkbox"/><br>Autre (préciser) _____ |
|   |                   |      |       | Conjoint <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Fils <input type="checkbox"/><br>Autre (préciser) _____ |
|   |                   |      |       | Conjoint <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Fils <input type="checkbox"/><br>Autre (préciser) _____ |

**FRAIS MÉDICAUX (SAUF MÉDICAMENTS) – (joindre les reçus originaux et inscrire les frais encourus ci-dessous)**

| Description des frais médicaux | Date du traitement<br>(jj/mmm/aaaa) | Soins prescrits par : (nom du médecin) | Montant |
|--------------------------------|-------------------------------------|--|---------|
|                                |                                     |  |         |
|                                |                                     |  |         |
|                                |                                     |  |         |
|                                |                                     |  |         |
|                                |                                     |  |         |
|                                |                                     |  |         |

|   |  |                               |
|---|--|-------------------------------|
| 1. Certains de ces frais de soins médicaux ou indemnités de maladie sont-ils remboursables par une autre assurance collective, un autre régime, la Commission des accidents du travail ou un régime gouvernemental? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | 2 b. Nom de l'autre régime ou compagnie d'assurance _____<br>_____   | <b>Total de la Demande \$</b> |
| 2 a. Si oui, inscrire le membre participant à l'autre régime : <input type="checkbox"/> moi <input type="checkbox"/> conjoint   | N° de police _____ N° de certificat _____<br><br>Nom _____ Date de naissance _____<br><div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px; font-size: 8px;"> <span>Jour</span> <span>Mois</span> <span>Année</span> </div> |                               |

**N.B.: Pour une meilleure coordination des prestations,** les enfants doivent faire leurs demandes d'indemnisation dans le cadre du régime du parent qui célèbre le premier son anniversaire de naissance (jour, mois) au cours de l'année civile.

Je certifie que l'information ci-dessus est vraie et complète et que les frais mentionnés ci-dessus couvrent les produits et services qui m'ont été rendus personnellement ou sont reçus par mon conjoint(e) ou par les personnes à ma charge. Je certifie que je suis autorisé(e) à divulguer et à recevoir toute information concernant mon conjoint(e) et/ou les personnes à ma charge aux fins d'évaluation ou de paiement des prestations, si nécessaire. Je reconnais que tout montant de remboursement des frais mentionnés ci-dessus ainsi que le relevé des prestations seront émis au nom du participant du régime à moins qu'ils ne soient attribués au fournisseur de services.

J'autorise SécurIndemnité, les professionnels de la santé, les compagnies d'assurance, les administrateurs des programmes d'État ou autres régimes d'assurance, et les autres fournisseurs de service travaillant avec SécurIndemnité, à transmettre toute information nécessaire concernant la demande aux fins d'administration de mon régime d'assurance-santé.

Date \_\_\_\_\_ Signature du membre participant au régime \_\_\_\_\_