Formulaire pour compte-gestion - santé

Information sur le membre (Lettres moulées s.v.p.)

No de groupe	No de certificat	Nom de famille du membre	Prénom	Employeur, syndicat, nom de l'école

Adresse du domicile	Appt	No et nom de la rue	Ville	Province	Code postal

No de téléphone: ( ) Travail ( )

COMPLÉTER CETTE PORTION SI LA RÉCLAMATION EST POUR PERSONNES À CHARGE

Nom de la personne à charge (nom de famille, prénom)	Date de naissance (jour,mois, année)	Lien de parenté avec le membre
		Conjoint (e) ☐ Fille ☐ Fils ☐ Autre (décrivez) ☐
		Conjoint (e) ☐ Fille ☐ Fils ☐ Autre (décrivez) ☐

Je certifie que les informations ci-dessus sont véridiques et complètes et que les charges encourues sont pour services et articles reçus par moi-même, mon/ma conjoint(e) ou mes personnes à charge admissibles. Je certifie avoir l'autorisation de divulguer et de recevoir de l'information au sujet de mon/ma (conjoint(e) et/ou mes personnes à charge pour le traitement et le paiement de prestations, s'il y a lieu. Je reconnais que, sauf si le paiement est transféré directement au pourvoyeur du service, tout remboursement et explication des montants payés seront envoyés au membre du régime. J'autorise SécurIndemnité, professionnels attitrés au traitement de soins de santé, assureurs, administrateurs de gouvernement ou autres régimes de prestations et autres pourvoyeurs de services travaillant avec SécurIndemnité à échanger les informations nécessaires pour le traitement de cette réclamation selon les termes du régime.

Signature pour compte-gestion – santé

Je désire que toute portion de ma réclamation pour soins de santé ou soins dentaires non payée par le régime soit remboursée de mon compte-gestion – santé.

Je confirme par la présente que les dépenses ci-dessus sont admissibles, selon Revenu Canada, de remboursement en vertu d'un compte-gestion – santé .

Signature _____ **Date** _____

DÉPENSES – (Attacher les reçus originaux et lister ci-dessous)

Nature des dépenses	Date encourue (jj/mm/aaaa)		Montant

1. Bénéficiez-vous d'une autre couverture d'assurance collective, d'accidents de travail ou d'un autre régime gouvernemental ☐ Oui ☐ Non

2a. Si oui, indiquer le membre assuré en vertu de l'autre régime ☐ Soi ☐ Conjoint(e)

Nom _____ Date de naissance ___ ___ ___ (Jour mois année)

2 b. Nom de l'autre assureur _____

No de police. _____ No de certificat _____

Nota: Pour co-ordination de prestations, les enfants doivent soumettre les réclamations au régime du parent né le plus tôt dans l'année civile.

Total réclamé 0.00 $

Toute information sur ce formulaire est confidentielle

Faire parvenir toutes réclamations et demandes de renseignements à:

SÉCURINDEMNITÉ INC.

CP 6500 SUCCURSALE A SUDBURY ON P3A 5N5

1-888-513-4464