

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 _____	Anglais <input type="checkbox"/>
		Français <input type="checkbox"/>
	Province _____ Code postal _____	N° de téléphone _____
	Email _____	

Renseignements sur le fournisseur	Nom _____	Email _____
	Rue _____	Ville _____
	Province _____	Code postal _____
		N° de téléphone _____

REmplir la présente section si la demande concerne une personne à charge

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

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

Description des frais médicaux	Date du traitement (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 ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	2 b. Nom de l'autre régime ou compagnie d'assurance _____	Total de la Demande \$
2 a. Si oui, inscrire le membre participant à l'autre régime: Moi <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/>	No de police _____ No de certificat _____	
Nom _____	Date de naissance _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px; font-size: small;"> Jour Mois Année </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.
3. Désirez-vous que les frais non remboursés de cette réclamation soient payés directement de votre compte de soins santé (si admissibles)? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

*** Remarque : NE PAS agraffer NI coller les reçus au formulaire de demande de remboursement ***

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. Si je soumetts les renseignements personnels de mon/ma conjoint(e) et/ou des personnes à ma charge, je reconnais que celui-ci, celle-ci ou ceux-ci ont examiné et accepté les conditions générales, l'Avis de non-responsabilité et la Politique de confidentialité (<https://www.securindemnite.com/privacy>). 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 Sécurité Indemnité, 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 Sécurité Indemnité, à transmettre toute information nécessaire concernant la demande aux fins d'administration de mon régime d'assurance-santé. Je comprends et j'accepte que Sécurité Indemnité procède à la vérification des demandes d'indemnité que j'ai soumises y compris, mais sans s'y limiter, aux fins de prévention et de détection de fraudes. J'autorise Sécurité Indemnité et toute personne agissant en son nom à divulguer cette demande d'indemnité et tous les renseignements personnels qu'elle contient au répondant du régime de prestations/employeur aux fins de signalement de possibles demandes d'indemnité frauduleuses. Je déclare être au courant que dans certaines circonstances permises par la loi, Sécurité Indemnité, ou toute personne agissant en son nom, peut être tenue de divulguer, ou avoir reçu la permission de le faire, cette demande d'indemnité et les renseignements qu'elle contient, y compris des renseignements personnels, à mon insu et sans mon consentement ou sans le consentement de la personne à qui ces renseignements se rapportent. Dans toutes autres circonstances, Sécurité Indemnité respectera la Politique de confidentialité de Sécurité Indemnité en matière de divulgation des renseignements personnels (<https://www.securindemnite.com/privacy>). Nous pouvons réviser l'Avis de non-responsabilité de temps à autre, et nous afficherons la version la plus récente sur notre site Web : <https://www.securindemnite.com/>. Veuillez consulter ce dernier régulièrement pour vous assurer de demeurer au fait de toute modification et que vous utilisez la plus récente version de l'Avis de non-conformité. L'utilisation continue de nos services après l'une de ces modifications constitue votre acceptation de l'Avis de non-conformité révisé.

Date _____ Signature du membre participant au régime _____