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 ( )	Email

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 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 soumets 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 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. Je comprends et j'accepte que SécurIndemnité procède à la vérification des demandes d'indemnité que j'aurai soumises y compris, mais sans s'y limiter, aux fins de prévention et de détection de fraudes. J'autorise SécurIndemnité 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, SécurIndemnité, 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, SécurIndemnité respectera la Politique de confidentialité de SécurIndemnité 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.

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 ☐

2 b. Nom de l'autre assureur _____

Total Réclamé $ 0.00

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

No de police._____ No de certificat_____

Nom _____ Date de naissance 0 0 0 0 0 0 (Jour mois année)

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

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

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
service@claimsecure.com