



Formulaire de bien-être

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) <input type="checkbox"/>	Fille <input type="checkbox"/>	Fils <input type="checkbox"/>	Autre (décrivez) <input type="checkbox"/>
		Conjoint (e) <input type="checkbox"/>	Fille <input type="checkbox"/>	Fils <input type="checkbox"/>	Autre (décrivez) <input type="checkbox"/>

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.

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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	2 b. Nom de l'autre assureur _____	Total Réclamé \$
2a. Si oui, indiquer le membre assuré en vertu de l'autre régime	Soi <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/>	No de police _____ No de certificat _____	
Nom _____	Date de naissance	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 agraffer NI coller les reçus au formulaire de demande de remboursement ***