

Informations sur le promoteur de régime

Employeur/Nom de l'entreprise			
No du groupe	No de division	No de classe	No du certificat
Ajouter <input type="checkbox"/>	Code d'intervention Changer <input type="checkbox"/>	Supprimer <input type="checkbox"/>	Date d'effet de l'intervention (jj/mm/an)

Informations sur le member

Nom de famille		Prénom	
Adresse		Ville ou Municipalité	Province
Date de naissance (jj/mm/an)		Date d'embauche (jj/mm/an)	Code postal
		Sexe attribué à la naissance Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	Language Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/>

Informations sur la personne à charge

Nom de famille	Prénom	Date de Naissance (jj/mm/an)	Lien de parenté Avec le Membre	Date d'effet (jj/mm/an)	Code d'intervention Ajouter/Changer/ Supprimer	Genre
						Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/>
						Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/>
						Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/>
						Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/>
						Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/>
						Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/>

Note : Lien de parenté avec Membre: conjoint/e, enfant, handicapé/e ou personne à charge excédant la limite d'âge (Si la personne à charge excède la limite d'âge, complétez la section ci-dessous)

Informations sur la personne à charge excédant la limite d'âge

Nom de famille	Prénom	Date de naissance (jj/mm/an)	Début de l'année scolaire	Fin de l'année scolaire	Nom de l'école (Facultatif)
				le 31 août/____	
				le 31 août/____	

Note : La couverture pour personne à charge excédant la limite d'âge se termine le 31 août de chaque année; donc Membre doit faire une nouvelle demande si l'enfant s'enrôle dans la prochaine année scolaire.

Informations sur les garanties

Statut de la couverture du Membre						Statut de la coordination des garanties du/de la conjointe					
Soins de santé			Soins dentaires			Soins de santé			Soins dentaires		
Famille <input type="checkbox"/>	Individuelle <input type="checkbox"/>	Renonce <input type="checkbox"/>	Famille <input type="checkbox"/>	Individuelle <input type="checkbox"/>	Renonce <input type="checkbox"/>	Famille <input type="checkbox"/>	Individuelle <input type="checkbox"/>	Renonce <input type="checkbox"/>	Famille <input type="checkbox"/>	Individuelle <input type="checkbox"/>	Renonce <input type="checkbox"/>
Pour résident/e du Québec âgé/e de 65 ans, choisissez le code ID de l'aîné:											
Membre: Ramq <input type="checkbox"/> Les deux <input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/>						Spouse: Ramq <input type="checkbox"/> Les deux <input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/>					

AUTHORIZATION

Par la présente, j'autorise SécurIndemnité à se servir de mon numéro d'assurance sociale, lorsque exigé, pour l'administration de mon régime de soins de santé et de soins dentaires. J'autorise également SécurIndemnité, fournisseurs de soins de santé, assureurs, administrateurs de régimes gouvernementaux ou autres régimes d'avantages sociaux et autres fournisseurs de services qui travaillent avec SécurIndemnité à échanger l'information nécessaire pour l'administration de mon régime de soins de santé et de soins dentaires. Je confirme que je suis autorisé à agir en mon nom, celui de mon conjoint et personnes à charge lors d'une demande de garanties ou dans le but de l'administration continue de mon régime de soins de santé et de soins dentaires.

Signature du membre du régime		
Signature du membre du régime	Caractères d'imprimerie	Date de la signature (jj/mm/an)
Authorisation du commanditaire de plan		
Signature du gestionnaire du régime	Caractères d'imprimerie	Date de la signature (jj/mm/an)

Veillez compléter le formulaire et le retourner à:

Courriel: eligibilityupdates@claimsecure.com

ou postez: SÉCURINDEMNITÉ INC. CP 6500 SUCCURSALE A SUDBURY ON P3A 5N5

Facsimilé: 1-705-673-5968

Téléphone: 1-888-513-4464