

Renseignements sur le promoteur de régime

Employeur/Nom de l'entreprise					
N° du groupe		N° de division	N° de l'unité	N° du certificat	Date de prise d'effet de l'intervention (jj/mm/aa)
Code d'intervention			Date de début de l'emploi à temps plein (jj/mm/aa)	En cas de réemploi : date de fin de l'emploi précédent (jj/mm/aa)	Date de réemploi (jj/mm/aa)
Ajout <input type="checkbox"/>	Modification <input type="checkbox"/>	Suppression <input type="checkbox"/>			
Situation Professionnelle				Heures normales de travail par semaine	
Renseignements sur le salaire					
Rémunération :		Annuelle <input type="checkbox"/>	Mensuelle <input type="checkbox"/>	Aux deux semaines <input type="checkbox"/>	Hebdomadaire <input type="checkbox"/>
À l'heure <input type="checkbox"/>					

Renseignements sur le participant au régime

Nom de famille		Prénom		Initiale du second prénom	
Adresse			Ville ou municipalité	Province	Code postal
Date de naissance (jj/mm/aa)	Fumeur		Sexe attribué à la naissance		Langue
	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Féminin <input type="checkbox"/>	Masculin <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
			Français <input type="checkbox"/>	Anglais <input type="checkbox"/>	

Renseignements sur les personnes à charge
Renseignements sur le conjoint

Nom de Famille	Prénom	Date de naissance (jj/mm/aa)	Lien de parenté avec le participant	Date de prise d'effet (jj/mm/aa)	Code d'intervention Ajout/modification / suppression	Sexe attribué à la naissance
						Féminin <input type="checkbox"/>
						Masculin <input type="checkbox"/>
						Autre <input type="checkbox"/>

Note: Pour les conjoints de fait, il doit y avoir eu cohabitation selon la définition de la directive contenue dans les politiques relatives à l'admissibilité des personnes à charge. S'il s'agit d'un conjoint de fait, veuillez nous mentionner la date du début de la cohabitation (jj/mm/aa) :

Renseignements sur les enfants

Nom de Famille	Prénom	Date de naissance (jj/mm/aa)	Lien de parenté avec le participant	Date de prise d'effet (jj/mm/aa)	Code d'intervention Ajout/modification / suppression	Genre
						Féminin <input type="checkbox"/>
						Masculin <input type="checkbox"/>
						Autre <input type="checkbox"/>
						Féminin <input type="checkbox"/>
						Masculin <input type="checkbox"/>
						Autre <input type="checkbox"/>

Lien de parenté avec le participant : enfant, personne handicapée, ou personne à charge dépassant l'âge limite (dans le dernier cas, veuillez remplir la section qui suit)

Renseignements sur les personnes à charge dépassant l'âge limite (PCDAL)

Nom	Prénom	Date de naissance (jj/mm/aa)	Date de début des études	Date de fin des études	Nom de l'établissement scolaire (facultatif)
				31 août / ____	
				31 août / ____	

Note : La protection visant la PCDAL prend fin le 31 août de chaque année; par conséquent, le participant doit présenter une nouvelle demande si la PCDAL s'inscrit de nouveau à un programme d'études pour l'année scolaire suivante

Renseignements sur les protections offertes

Nature de la protection du participant						Nature de la coordination des protections du conjoint					
Soins de santé			Soins dentaires			Soins de santé			Soins dentaires		
Familiale <input type="checkbox"/>	Individuelle <input type="checkbox"/>	Le participant a renoncé <input type="checkbox"/>	Familiale <input type="checkbox"/>	Individuelle <input type="checkbox"/>	Waive <input type="checkbox"/>	Familiale <input type="checkbox"/>	Individuelle <input type="checkbox"/>	Waive <input type="checkbox"/>	Familiale <input type="checkbox"/>	Individuelle <input type="checkbox"/>	Waive <input type="checkbox"/>
Pour les personnes de 65 ans et plus qui résident au Québec, sélectionnez le code ID de l'aîné : Participant: RAMQ <input type="checkbox"/> Les deux <input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/> / Conjoint: RAMQ <input type="checkbox"/> Les deux <input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/>											

Exemption applicable au conjoint

Si vous ou les personnes à votre charge bénéficiez actuellement de soins de santé complémentaires ou de soins dentaires en vertu d'un autre régime collectif, vous pouvez refuser les protections offertes dans le cadre du présent régime en sélectionnant la case applicable à chaque protection. Si vous n'êtes plus admissible aux protections applicables au conjoint, vous devez présenter une demande de protection dans les 31 jours suivant la perte de ces protections.

Je refuse, pour moi-même et pour les personnes qui sont à ma charge, les protections suivantes : Soins de santé complémentaires Soins dentaires

Je refuse, pour les personnes qui sont à ma charge, les protections suivantes : Soins de santé complémentaires Soins dentaires

Nom de l'assureur du conjoint	Date de prise d'effet des protections offertes au conjoint (jj/mm/aa)
-------------------------------	-----------------------------------------------------------------------

Désignation du bénéficiaire (aux fins des prestations liées à l'assurance-vie et à l'assurance en cas de décès ou de mutilation accidentels)

L'original du présent formulaire sera exigé dans le cadre d'une demande d'indemnisation consécutive à un décès. En l'absence de désignation d'un bénéficiaire, la succession est présumée être le bénéficiaire. Les désignations raturées ou corrigées doivent être paraphées. Il est interdit d'utiliser un liquide correcteur. Veuillez écrire lisiblement en caractères d'imprimerie et à l'encre.

Bénéficiaire(s)

Nom de famille	Prénom	Initiale du second prénom	Pourcentage attribué	Lien de parenté avec le participant au régime

Pour les résidents du Québec seulement: Au Québec, la désignation de votre conjoint à titre de bénéficiaire est irrévocable, sauf si vous cochez la case « révocable » ci-après. Afin de modifier la désignation, si celle-ci est irrévocable, le consentement du bénéficiaire est exigé.

Par la présente, je désigne mon conjoint à titre de bénéficiaire.

Révocable: je peux modifier la présente désignation en tout temps, sans le consentement du bénéficiaire.

Clause concernant les mineurs – Désignation d'un fiduciaire pour les enfants n'ayant pas atteint la majorité.

Nom du fiduciaire	Lien de parenté avec le participant assuré
-------------------	--------------------------------------------

Si un bénéficiaire désigné n'a pas atteint la majorité ou n'a pas la capacité juridique, vous pourriez vouloir nommer un fiduciaire/administrateur. Cette nomination peut ne pas convenir à toutes les situations. **Si vous nommez ou proposez un fiduciaire ou administrateur, nous vous suggérons de consulter un conseiller juridique.**

CONSENTEMENT RELATIF À LA CONFIDENTIALITÉ

Protection de vos renseignements personnels :

Chez SécurIndemnité, nous nous engageons à protéger vos renseignements personnels et à respecter votre vie privée. Ce sont des renseignements qui, seuls ou associés à d'autres, permettent d'identifier une personne. Il s'agit, notamment, de votre nom et de votre adresse ainsi que des renseignements plus sensibles comme des renseignements médicaux et vos dossiers financiers. Sont également compris, le cas échéant, des renseignements sur d'autres personnes, comme votre époux(se), votre conjoint de fait et vos enfants.

Utilisation que nous faisons de vos renseignements personnels :

Vos renseignements personnels sont utilisés pour vous fournir des produits et services et pour améliorer nos activités d'exploitation. Il s'agit, notamment, de vérifier votre identité et de tenir à jour votre profil et l'information sur les caractéristiques des produits que vous détenez auprès de nous. Ils sont également utilisés pour évaluer votre admissibilité aux produits, fixer le prix de nos produits, recueillir des commentaires sur notre service à la clientèle, traiter les demandes de règlement, vous protéger ainsi que nous contre les risques tels que les cybermenaces et la fraude, et nous conformer aux obligations légales. Votre numéro de certificat est utilisé pour associer vos produits entre eux et pour conserver vos renseignements à l'écart de ceux des autres clients aux noms similaires.

À qui nous communiquons les renseignements personnels :

Nous communiquons vos renseignements personnels à d'autres personnes et organisations qui nous aident à administrer vos produits et à vous fournir les services. Il peut s'agir de votre conseiller ou des personnes qui travaillent avec ce dernier, ainsi que d'autres organisations qui nous fournissent des services, telles que des examinateurs paramédicaux, des laboratoires médicaux, des fournisseurs de protection spécialisée, des médecins examinateurs indépendants et des pharmacies. De plus, nous pouvons communiquer vos renseignements à des fournisseurs d'assistance voyage, des fournisseurs de technologie et des compagnies d'assurance ou de réassurance. Dans le cadre de nos activités quotidiennes, vos renseignements personnels peuvent être communiqués à des ministères et organismes publics et peuvent être communiqués à l'extérieur de votre province de résidence. Nous prenons la protection de vos renseignements personnels au sérieux et nous ne vendons jamais vos renseignements personnels à qui que ce soit.

Vous avez le contrôle de vos renseignements personnels :

Nous respectons vos préférences en matière de confidentialité et les suivons lorsque nous utilisons vos renseignements personnels. En tout temps, au cours de la relation que vous entretenez avec nous, vous pouvez choisir la façon dont vos renseignements personnels sont utilisés en soumettant une demande à notre

responsable de la confidentialité au vieprivee@securindemnite.com. Vous pouvez notamment choisir de recevoir ou non des sondages sur l'expérience client; accepter ou non de recevoir de l'information et des offres de SécurIndemnité en fonction des renseignements personnels que nous recueillons auprès de vous tout au long de la relation que vous entretenez avec nous. Vous pouvez également exercer d'autres droits en matière de confidentialité, tels que l'accès à vos renseignements personnels ou leur correction, en envoyant un courriel à notre responsable de la confidentialité au vieprivee@securindemnite.com.

Si vous décidez de retirer votre consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels dont nous avons besoin pour vous fournir des services et nous acquitter de nos obligations légales, nous pourrions ne plus être en mesure de continuer à vous fournir des produits et services.

Au moment de prendre des décisions relatives aux produits et services, SécurIndemnité utilise les renseignements personnels. Ces décisions peuvent être prises à l'aide d'un système de traitement automatisé.

Vous désirez en savoir plus? Veuillez-vous rendre au <https://www.securindemnite.com/fr/la-confidentialite/>.

AUTORISATIONS ET DECLARATIONS

Par la présente,

1. Je désigne la personne mentionnée ci-dessus à titre de bénéficiaire désignée comme mon bénéficiaire.
2. J'autorise SécurIndemnité, tout fournisseur de soins de santé, l'administrateur de mon régime, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs de régimes publics ou de programmes de soutien aux patients ou d'autres programmes de prestations, d'autres organisations ou fournisseurs de services travaillant avec SécurIndemnité ou l'un des éléments mentionnés ci-dessus, situés à l'intérieur ou à l'extérieur du Canada, à communiquer des renseignements personnels lorsqu'il est pertinent et nécessaire de le faire pour l'adjudication de ma ou mes demandes de règlement.
3. Je reconnais que mes renseignements personnels seront recueillis, utilisés et partagés comme indiqué ci-dessus; et que le refus de consentir peut entraîner un retard ou un refus de ma demande ou SécurIndemnité pourrait ne plus être en mesure de continuer à me fournir des produits et services.
4. 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.
5. Je certifie, qu'au meilleur de ma connaissance, les informations ci-dessus sont véridiques, correctes et intégrales.

Autorisation du participant au régime

Signature du participant au régime	Nom en caractères d'imprimerie	Date de la signature (jj/mm/aa)

Autorisation du promoteur de régime

Signature de l'administrateur du régime	Nom en caractères d'imprimerie	Date de la signature (jj/mm/aa)

Veuillez faire parvenir le formulaire rempli à:

Ou par courriel à l'adresse suivante : eligibilityupdates@claimsecure.com

Télécopieur: 1-705-673-5968

Par courrier ou télécopieur : SÉCURINDEMNITÉ INC. CP 6500 SUCCURSALE A SUDBURY ON P3A 5N5

Téléphone: 1-888-513-4464

