

Assurance Maladie Complémentaire

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 Anglais ☐ Français ☐
	Ville _____		
	Province _____	Code postal _____	N° de téléphone _____
	Email _____		

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

REPLIR 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 ☐ Fille ☐ Fils ☐ Autre (préciser) _____
				Conjoint ☐ Fille ☐ Fils ☐ Autre (préciser) _____
				Conjoint ☐ Fille ☐ Fils ☐ Autre (préciser) _____
				Conjoint ☐ Fille ☐ Fils ☐ Autre (préciser) _____

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

Description des frais médicaux	Date du traitement (jj/mm/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 ☐ Non ☐	2 b. Nom de l'autre régime ou compagnie d'assurance _____ _____ No de police _____ No de certificat _____	Total de la Demande \$												
2 a. Si oui, inscrire le membre participant à l'autre régime: Moi ☐ Conjoint ☐ Nom _____ Date de naissance _____ <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Jour</td><td>Mois</td><td>Année</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>									Jour	Mois	Année			
Jour	Mois	Année												
3. Désirez-vous que les frais non remboursés de cette réclamation soient payés directement de votre compte de soins santé (si admissibles)? Oui ☐ Non ☐														

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

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 vendrons 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 SécIndemnité 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, SécIndemnité 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 DÉCLARATIONS

Par la présente,

1. J'autorise SécIndemnité, 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 SécIndemnité 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.
2. 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 SécIndemnité pourrait ne plus être en mesure de continuer à me fournir des produits et services.
3. Je reconnais que SécIndemnité se réserve le droit de vérifier les renseignements fournis sur ce formulaire à tout moment à diverses fins, notamment pour prévenir et détecter la fraude et que ce consentement s'applique à la vérification de ma ou mes demandes de règlement.
4. J'autorise SécIndemnité et toute personne agissant en son nom à divulguer les renseignements fournis sur ce formulaire au promoteur du régime ou à l'employeur afin de déclarer les demandes de règlement soupçonnées de constituer une fraude, un gaspillage ou un abus par SécIndemnité.
5. Je confirme que, si le patient est une personne autre que moi-même, il a consenti à ce que ses renseignements personnels soient fournis et à ce que SécIndemnité les utilise et les divulgue comme indiqué ci-dessus.
6. Je confirme qu'à ma connaissance les renseignements fournis sont vrais, exacts et complets. Le défaut de fournir des renseignements véridiques, corrects et complets sur ce formulaire pourrait entraîner la révocation de toute décision d'approbation, l'obligation de rembourser les demandes de règlement payées ou toute autre mesure qui s'impose.
7. Je reconnais que, sauf si le paiement est transféré directement au pourvoyeur du service, tout remboursement et explication des montants payés me seront envoyés.

SécIndemnité peut réviser cet énoncé de consentement de temps à autre, et affichera la version la plus récente sur son site Web au (<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'énoncé de consentement. L'utilisation continue de nos services après l'une de ces modifications constitue votre acceptation de l'énoncé de consentement révisé.

Date _____

Signature du membre participant au régime _____

Tous les renseignements inscrits sur le présent formulaire sont confidentiels.

Veuillez faire parvenir toute demande d'indemnisation et de renseignements à :

SÉCURINDEMNITÉ INC.

CP 6500 SUCCRSALE A SUDBURY ON P3A 5N5 • 1-888-513-4464

service@claimsecure.com