sécurindemnité

Assurance Maladie Complémentaire

Nom complet du membre participant au régime:	Groupe ou employeur Air Canada	N° d`identification personnel N° de groupe #002152 N° d`identification 2152_ _ _ _ _ _ Date de naissance Jour / Mois / Année

Adresse du membre participant au régime

Rue _____ App. _____

Ville _____

Province _____ Code postal _____

Langue de préférence
☐ Anglais
☐ Français

N° de téléphone _____

REMPLIR 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 MÉDICAUX (SAUF MÉDICAMENTS) – (joindre les reçus originaux et inscrire les frais encourus ci-dessous)

Description des frais médicaux	Date du traitement (jj/mmm/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 _____

_____

Total de la Demande $

2 a. Si oui, inscrire le membre participant à l'autre régime : ☐ moi ☐ conjoint

N° de police _____ N° de certificat _____

Nom _____

Date de naissance ___ ___ ___ ___ ___ ___
Jour Mois Année

N.B.: **Pour une meilleure coordination des prestations,** les enfants doivent faire leurs demandes d'indemnisation dans le cadre du régime du parent qui célèbre le premier son anniversaire de naissance (jour, mois) au cours de l'année civile.

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 personellement 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. 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.

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:

SÉCURINDEMNITE INC.

CP 6500 SUCCURSALE A SUDBURY ON P3A 5N5 1-888-982-7878