

**Comment remplir le formulaire**

Ce formulaire doit être complété intégralement afin de ne pas retarder le processus d'évaluation de la demande. Une fois que nous serons en possession de toutes les informations nécessaires et que nous aurons procédé à leur évaluation, nous donnerons au demandeur un avis écrit concernant le régime d'assurance. Veuillez-vous assurer de bien remplir tous les champs à l'encre bleue.

**Partie 1 : Informations sur le patient à remplir intégralement par le demandeur**

Nom du patient : \_\_\_\_\_ Date de naissance : (j/m/a) \_\_\_\_\_

Téléphone (de jour) (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Téléphone (autre) (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Adresse de courriel : \_\_\_\_\_

Numéro du groupe: \_\_\_\_\_ Numéro du certificat \_\_\_\_\_

Y a-t-il des prestations ou services médicaux couverts dans le cadre d'une autre assurance collective ou d'un autre régime de soins de santé, de l'indemnisation des accidentés du travail ou d'un plan gouvernemental?

Oui  Non  Si oui, quel est le nom de l'autre compagnie d'assurance?**Partie 2 : Renseignements sur les services de soins à domicile provinciaux à remplir intégralement par le demandeur**

Les prestations offertes par votre plan SécurIndemnité concernant les soins infirmiers sont complémentaires à tous services auxquels vous avez droit dans le cadre de votre régime de soins à domicile provincial. Veuillez-vous assurer de communiquer avec un représentant de votre régime de soins à domicile avant de présenter une demande de prestations pour des soins infirmiers à SécurIndemnité.

Avez-vous fait des démarches auprès du régime provincial? Oui  Non *Si la réponse est oui, veuillez remplir les parties 2A et 2B.**Si la réponse est non, pourquoi?*

---

---

---

**Partie 2A : Allocations provinciales par service à remplir intégralement par le demandeur**

Date de l'évaluation concernant les soins infirmiers: \_\_\_\_\_

Date de la prochaine évaluation: \_\_\_\_\_

Veillez indiquer ci-après quel type d'aide à domicile a été approuvé par le régime provincial, y compris le nombre d'heures.

**Infirmier autorisé**

Nombre d'heures par jour \_\_\_\_\_

Nombre de jours par semaine \_\_\_\_\_

**Infirmier auxiliaire autorisé**

Nombre d'heures par jour \_\_\_\_\_

Nombre de jours par semaine \_\_\_\_\_

**Préposé aux services de soutien personnels**

Nombre d'heures par jour \_\_\_\_\_

Nombre de jours par semaine \_\_\_\_\_

Autre autorisation provinciale pour soins médicaux (le cas échéant) \_\_\_\_\_

Responsable des cas \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Partie 2B : Renseignements relatifs aux soins infirmiers à remplir par l'agence ou l'établissement de soins infirmiers**

Nom de l'établissement de soins infirmiers ou de l'agence: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Taux horaire d'un infirmier autorisé: \_\_\_\_\_

Taux horaire d'un infirmier auxiliaire autorisé: \_\_\_\_\_

Taux horaire d'un préposé aux services de soutien personnels: \_\_\_\_\_

Date suggérée pour le début des services: \_\_\_\_\_

\*\* Tous les fournisseurs de soins infirmiers doivent être inscrits et en règle dans la province où ils pratiquent. \*\*

**Partie 3 : Informations médicales actuelles à remplir intégralement par le médecin**

Nom du médecin: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Numéro de télécopieur: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Signature du médecin: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Timbre du médecin:

Diagnostic: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Antécédents médicaux: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Pronostic: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Raison pour laquelle des soins infirmiers sont nécessaires et fonctions spécifiques: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

État de santé:      Aigüe               Chronique               Palliatif

État de santé:      Instable/imprévisible              Stable/prévisible              \_\_\_\_\_

Niveau de soins recommandé:              Inf. aut.               Inf. aux. aut./Inf. aux. immat.

Durée requise des soins infirmiers: \_\_\_\_\_

Services infirmiers à fournir:              À domicile               En dehors du domicile\*

\* Dans le second cas, veuillez spécifier: \_\_\_\_\_

## **Partie 4 : 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](mailto: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](mailto: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/>.

## **Partie 5 : Autorisations et Déclarations**

Par la présente,

1. 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.
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 SécurIndemnité pourrait ne plus être en mesure de continuer à me fournir des produits et services.
3. Je reconnais que SécurIndemnité 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 SécurIndemnité 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 SécurIndemnité.
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 SécurIndemnité 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.

SécurIndemnité 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.

Nom du participant au régime \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

### **Veillez remplir et retourner avec les documents justificatifs:**

SécurIndemnité Inc.

CP 6500 Succursale A Sudbury ON P3A 5N5

Télécopieur : 1-866-613-0530

Adresse de courriel : [service@claimsecure.com](mailto:service@claimsecure.com)

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