

Envoyer les demandes par télécopieur au **905-949-3029**

 OU envoyer les demandes par la poste à : **SécurIndemnité Inc. C.P. Box 6500, succursale A, Sudbury, Ontario, P3A 5N5**

 OU envoyer un courriel à **coveragenavigation@claimsecure.com**

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT			
Nom du patient	Numéro du groupe	Numéro de certificat	Lien de parenté avec le participant au régime : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Autre
Adresse municipale			Ville
Province	Code postal		Date de naissance du patient (AAAA/MM/JJ)
Numéro de téléphone		Le meilleur moment pour le joindre	
Domicile	Travail / Cellulaire		<input type="checkbox"/> le matin (de 8 h 30 à 12 h) <input type="checkbox"/> l'après-midi (de 12 h à 17 h)
Adresse de courriel			
MÉDICAMENT DEMANDÉ			
Nom du produit	Concentration	Posologie	
Diagnostic			
RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN			
Nom du médecin			
Numéro de téléphone		Numéro de télécopieur	
PROGRAMME D'AIDE AUX PATIENTS (à remplir par le participant s'il y a lieu)			
Êtes-vous inscrit à un programme d'aide aux patients pour le médicament prescrit? <input type="checkbox"/> OUI ou <input type="checkbox"/> NON			
Si oui, veuillez préciser :			
a) N° de cas/dossier : _____			
b) Coordonnées de l'agent chargé du cas - Nom : _____ Téléphone : _____			
RÉGIME DU CONJOINT (à remplir par le participant s'il y a lieu)			
Certaines de vos prestations d'assurance médicaments sont-elles coordonnées avec le régime de votre conjoint? <input type="checkbox"/> OUI ou <input type="checkbox"/> NON			
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 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.claimsecure.com/fr/la-confidentialite/>

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 dans le but de m'aider à rechercher, évaluer ou faire une demande de couverture pour médicaments.
2. Je reconnais que mes renseignements personnels seront recueillis, utilisés et communiqués comme indiqué ci-dessus; et que le refus de consentir peut entraîner un retard ou un refus de ma demande.
3. Je confirme qu'à ma connaissance les renseignements fournis sont vrais, exacts et complets. Le fait de ne pas fournir des informations vraies, correctes et complètes sur ce formulaire pourrait entraîner un retard ou un rejet de ma demande.
4. Je reconnais que j'ai la responsabilité de tous les coûts associés à ce formulaire à remplir.

Signature

Date (AAAA/MM/JJ)