

# Demande de règlement de Frais médicaux

Toutes les demandes doivent être envoyées à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, à l'adresse indiquée ci-dessous, au plus tard 180 jours après la date à laquelle les frais ont été engagés.

Les demandeurs doivent fournir une adresse au Canada valide en vue d'obtenir un remboursement. Aucun chèque de remboursement ne sera établi à un demandeur qui ne fournit pas une adresse au Canada.

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie est l'assureur et est membre du groupe Financière Sun Life.

## 1 Renseignements sur le participant

Numéro de participant		Numéro de contrat <b>017857</b>	Promoteur du régime <b>Régime de soins médicaux des collègues (RSMC)</b>	
Nom de famille			Prénom	
Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Numéro de téléphone	Adresse électronique	
Adresse au Canada (numéro et rue)			Appartement ou bureau	
Ville		Province	Code postal	

## 2 Renseignements sur la demande de règlement

Veillez joindre les reçus ORIGINAUX indiquant que vous avez réglé les frais en entier (des photocopies des factures/reçus ne sont pas acceptées).

Personne au nom de laquelle vous demandez le règlement		Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Montant demandé
Nom de famille	Prénom	— —	\$
Nom de famille	Prénom	— —	\$
Nom de famille	Prénom	— —	\$
Somme totale demandée			\$

## 3 Autorisation et signature (Cette section doit être remplie lorsque le remboursement doit être versé directement au demandeur.)

### Autorisation

J'autorise le fournisseur de soins de santé ou la clinique ci-dessus à présenter à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (la Sun Life) des demandes de règlement en mon nom et en celui des personnes à ma charge (le cas échéant).

J'autorise la Sun Life, ses mandataires, ses fournisseurs de services ainsi que les gestionnaires de régime, s'il y a lieu, à recueillir, à utiliser et à échanger des renseignements nécessaires aux fins de tarification, de gestion administrative ainsi que d'évaluation et de gestion des demandes de règlement se rapportant à la présente assurance. Ces renseignements peuvent être communiqués à toute personne physique ou morale qui possède des renseignements pertinents à mon sujet, y compris les professionnels de la santé, les organismes gouvernementaux, le régime d'assurance-maladie de la province, les établissements médicaux, les agences d'enquête, les compagnies d'assurance et de réassurance et, s'il y a lieu, le promoteur et le gestionnaire de régime.

Dans le cas où il y a fraude présumée et/ou abus en ce qui touche ma demande de règlement, je reconnais et je conviens que la Sun Life, ses mandataires et ses fournisseurs de services peuvent échanger des renseignements au sujet de ma demande avec tout organisme pertinent, y compris s'il y a lieu le promoteur et le gestionnaire de régime, les organismes chargés de l'application de la loi, les organismes de réglementation, les organismes gouvernementaux et les autres assureurs, aux fins d'enquête et de prévention de la fraude et/ou de l'abus.

S'il y a un trop-perçu, j'accepte que la totalité de la somme versée en trop soit recouvrée au moyen de toute somme pouvant m'être payable. Si je présente une demande de règlement pour le compte de mon conjoint et/ou des personnes à ma charge, je confirme que j'ai leur autorisation de communiquer, aux fins décrites précédemment, des renseignements personnels à leur sujet à la Sun Life, à ses mandataires et à ses fournisseurs de services, ainsi qu'à toute personne physique ou morale qui possède des renseignements pertinents à leur sujet, y compris les professionnels de la santé, les organismes gouvernementaux, le régime d'assurance-maladie de la province, les établissements médicaux, les agences d'enquête, les compagnies d'assurance et de réassurance et, s'il y a lieu, le promoteur et le gestionnaire de régime.

Toute référence à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie ou au promoteur comprend leurs mandataires et leurs fournisseurs de services respectifs.

### 3 Autorisation et signature (suite)

#### Important

Cochez l'une des cases suivantes :

- Remettre le paiement au participant. (La signature du participant est requise ci-dessous.) **Joignez tous les reçus (preuves de paiement) à votre demande de règlement et conservez une copie pour vos dossiers.**
- Remettre le paiement directement au fournisseur. (La signature du participant N'est PAS requise ci-dessous.)

Signature du participant X		Date (jj-mm-aaaa) - -
Nom de famille du tuteur (requis si le participant est âgé de 15 ans ou moins)	Prénom	
Signature du tuteur (requis si le participant est âgé de 15 ans ou moins) X		Date (jj-mm-aaaa) - -

#### Protection des renseignements personnels

Pour le groupe Financière Sun Life, la protection de vos renseignements personnels est une priorité. Nous conservons de façon confidentielle des renseignements personnels sur vous et sur les produits et services que vous avez souscrits auprès de notre organisation, pour vous offrir des produits et services de placement, d'assurance et de retraite qui vous aideront à atteindre vos objectifs financiers à toutes les étapes de votre vie. Pour y arriver, nous devons recueillir, utiliser et transmettre vos renseignements personnels à des fins de tarification, d'administration, d'évaluation des dossiers de règlement, de protection contre la fraude, les erreurs ou les fausses représentations, ainsi qu'à des fins de conformité et d'exigences juridiques, réglementaires ou contractuelles. Cela peut nous aider aussi à vous informer sur d'autres produits et services qui pourraient répondre à vos besoins en constante évolution. Les seules personnes qui ont accès à vos renseignements personnels sont nos employés, nos partenaires de distribution (tels que les conseillers) et les tiers fournisseurs de services, de même que nos réassureurs. Toute personne que vous aurez autorisée pourra également avoir accès à vos renseignements personnels. Dans certains cas, à moins que cela soit interdit, ces personnes peuvent être établies à l'extérieur du Canada, et vos renseignements personnels pourraient alors être régis par les lois qui sont en vigueur dans d'autres pays. Vous pouvez vous informer sur les renseignements contenus dans nos dossiers à votre sujet et, le cas échéant, nous demander par écrit d'y apporter des corrections. Pour en savoir davantage sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, visitez le [www.sunlife.ca/confidentialite](http://www.sunlife.ca/confidentialite).

Des questions? Veuillez visiter le [www.sunlife.ca](http://www.sunlife.ca) ou composer sans frais le 1-888-206-9004, du lundi au vendredi entre 8 h et 20 h HE

### 4 Renseignements sur le fournisseur

Les sections 4 et 5 doivent être remplies au complet en l'absence d'une facture contenant les mêmes renseignements.

Nom du fournisseur		Nom du médecin	
Adresse du fournisseur (numéro et rue)			Appartement ou bureau
Ville		Province	Code postal
Numéro de fournisseur FSL (si vous le connaissez)		Numéro de téléphone - -	

### 5 Description des services

Date de prestation (jj-mm-aaaa)	Description du service	Code de procédure au titre de l'Assurance-santé de l'Ontario (plus les unités de temps, s'il y a lieu)	Frais	Diagnostic ou raison de la visite
- -				
- -				
- -				

Je déclare que les renseignements ci-dessus sont exacts et complets

Signature du fournisseur (Une signature est requise seulement en l'absence d'une facture.) X	Date (jj-mm-aaaa) - -
---	--------------------------

**Veuillez retourner le formulaire dûment rempli et les documents demandés à l'adresse suivante :**

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie  
Bureau des règlements  
C. P. 2015, succ. Waterloo  
Waterloo (Ontario) N2J 0B1

Les participants peuvent soumettre leurs questions à ce numéro sans frais : 1-888-206-9004.

(Vous devez fournir votre numéro de contrat (017857) et votre numéro de participant que vous trouverez sur votre carte-couverture du RSMC.)