

# Remboursement de frais médicaux

## Étudiants étrangers uniquement – Groupe no. 50658

- Veuillez écrire lisiblement en caractères d'imprimerie et remplir toutes les sections pour éviter tout retard dans le traitement de votre demande.
- Joignez à la demande les reçus **originaux** de tous les frais engagés et conservez-en une copie pour vos dossiers.
- Apposez votre signature à la page 2 et expédiez votre demande à l'adresse indiquée au bas de la page 2.

### 1 Déclaration de l'étudiant – remplir au complet pour éviter les retards

Numéro de contrat <b>50658</b>		Numéro d'identification de l'étudiant			Langue de préférence pour la correspondance <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	
Nom de famille		Prénom		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Téléphone (le jour)
Adresse (numéro et rue)		Appartement ou bureau	Ville		Province	Code postal

Dans les cas de dommages aux dents par suite d'un accident, présenter toutes radiographies prises après celui-ci et avant le traitement.

Les soins faisant l'objet de la demande ont-ils été fournis à la suite d'un accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Lieu de l'accident <input type="checkbox"/> À la maison <input type="checkbox"/> Au travail <input type="checkbox"/> Ailleurs _____	Date de l'accident (aaaa-mm-jj)
En décrire les circonstances		

### 2 Demande faite pour une personne à charge – remplir si la demande est faite pour une personne à charge

Présenter tout d'abord une demande de règlement au titre de ce régime. Fournir ensuite à la Sun Life le détail des prestations versées.

Nota : Les demandes de remboursement relatives aux enfants doivent être présentées au titre de la couverture de la personne (père ou mère) dont l'anniversaire arrive en premier dans l'année civile.

Personne au nom de laquelle vous demandez le règlement		Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien avec vous conjoint	fil	fil	Étudiant à temps plein	Handicapé
Nom de famille	Prénom	– –	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom de famille	Prénom	– –	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom de famille	Prénom	– –	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si certains des frais faisant l'objet de la demande ont été engagés pour un enfant de plus de 21 ans qui est étudiant, donner le nom de l'établissement d'enseignement qu'il fréquente.

Le conjoint est-il couvert pour certains des frais engagés, par un régime de remboursement de frais médicaux, notamment un régime conventionnel, un régime de soins médicaux ou un régime public d'assurance-maladie ou accident de travail?  Oui  Non  Sans objet Dans l'affirmative, veuillez préciser.

Nom du conjoint	Prénom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)
Nom de son employeur	Nom de la société émettrice de son régime de remboursement de frais médicaux	

### 3 Frais

Si la demande porte sur des médicaments, inscrire ci-dessous le nom du médicament en regard du numéro de l'ordonnance, sauf s'il figure déjà sur le reçu du pharmacien.

Personne donnant les soins	Type de soins	Date de soins (aaaa-mm-jj)	Frais	Nature de la maladie
Personne donnant les soins	Type de soins	Date de soins (aaaa-mm-jj)	Frais	Nature de la maladie
Personne donnant les soins	Type de soins	Date de soins (aaaa-mm-jj)	Frais	Nature de la maladie
Personne donnant les soins	Type de soins	Date de soins (aaaa-mm-jj)	Frais	Nature de la maladie

### 3 Frais (suite)

N° d'ordonnance	Médicament	N° d'ordonnance	Médicament	N° d'ordonnance	Médicament

Si vous omettez de remplir les zones ci-dessus, nous nous baserons, pour traiter votre demande, sur les documents qui nous auront été fournis.

#### **Paiement des prestations – Important**

**Avez-vous réglé vous-même les frais qui font l'objet de votre demande de remboursement?**

- Oui** Le remboursement vous sera effectué par chèque.
- Non** Le remboursement sera effectué au médecin, à l'hôpital ou au fournisseur de services médicaux.

### 4 Autorisation et signature – vous devez remplir cette section

J'atteste que tous les biens et les services faisant l'objet de la présente demande de règlement ont été reçus par moi-même, et, le cas échéant, par mon conjoint et/ou par les personnes à ma charge. J'atteste que les renseignements qui figurent dans le présent formulaire sont exacts et complets et que les frais dont il est fait état n'ont pas déjà été remboursés au titre de ce régime ou de tout autre régime.

Si la demande de règlement est présentée pour le compte de mon conjoint et/ou des personnes à ma charge, je détiens l'autorisation de communiquer des renseignements à leur sujet aux fins de la tarification, de la gestion administrative et de l'évaluation des demandes de règlement. J'atteste que mon conjoint et/ou les personnes à ma charge, le cas échéant, autorisent également la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (la Sun Life) à me communiquer des renseignements à leur sujet relativement aux demandes de règlement présentées, aux fins de l'évaluation de la demande et du paiement des prestations, le cas échéant, et de la gestion de mon programme de garanties collectives.

J'autorise la Sun Life et ses réassureurs à utiliser et à échanger les renseignements me concernant, et, le cas échéant, concernant mon conjoint et/ou les personnes à ma charge qui sont nécessaires aux fins de la tarification, de la gestion administrative et de l'évaluation des demandes de règlement au titre du présent régime, avec tout organisme qui possède des renseignements pertinents relativement à la présente demande de règlement, y compris les professionnels de la santé, les établissements médicaux, les agences d'enquête et les compagnies d'assurance. Je reconnais également que les renseignements qui ont trait à la présente demande de règlement pourraient être passés en revue si le régime venait à faire l'objet d'une vérification.

Dans le cas où il y a fraude présumée et/ou réelle et/ou abus des garanties en ce qui touche la présente demande de règlement, je reconnais et je conviens que la Sun Life peut enquêter à ce sujet, et que les renseignements me concernant et concernant mon conjoint et/ou les personnes à ma charge qui ont trait à la présente demande de règlement peuvent être communiqués à tout organisme pertinent, y compris les organismes de réglementation, les organismes gouvernementaux, les fournisseurs d'articles médicaux et les autres compagnies d'assurance, et au besoin, au promoteur du régime, et peuvent être utilisés par ceux-ci, aux fins de l'enquête et de la prévention de la fraude et/ou de l'abus des garanties.

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 au titre de mon ou de mes régimes de garanties collectives, et que les renseignements relatifs à la présente demande de règlement soient échangés à cette fin, avec toute autre personne ou tout autre organisme, y compris les agences d'évaluation du crédit et, au besoin, mon employeur.

Je reconnais que toute photocopie ou copie transmise par voie électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original et demeure valide aux fins de la gestion du 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.*

Signature de l'étudiant (obligatoire) X	Date (aaaa-mm-jj) — —
--	--------------------------

#### **Protection des renseignements personnels**

Nous avons à cœur la protection des renseignements personnels vous concernant. Nous pouvons, pour nous aider à servir certains de nos clients, tirer parti des forces dont nous disposons dans nos opérations à l'échelle mondiale et grâce aux ententes que nous négocions avec des tiers fournisseurs. Certains de nos employés, fournisseurs de services, mandataires, réassureurs et leurs fournisseurs de services, peuvent être situés dans des territoires hors du Canada, et vos renseignements personnels pourraient alors être régis par les lois qui sont en vigueur dans ces territoires étrangers.

Pour en savoir davantage au sujet de nos principes directeurs en matière de protection des renseignements personnels, visitez notre site Web à l'adresse [www.sunlife.ca](http://www.sunlife.ca). Pour obtenir de plus amples renseignements concernant nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, écrivez au responsable de la protection des renseignements personnels, par courriel ([responsableprotectionvieprivée@sunlife.com](mailto:responsableprotectionvieprivée@sunlife.com)) ou par la poste (Responsable de la protection des renseignements personnels, Financière Sun Life, 225, rue King Ouest, Toronto (Ontario) M5V 3C5).

**Des questions?** Veuillez vous rendre à l'adresse [www.sunlife.ca](http://www.sunlife.ca) ou appeler au 1 800 361-6212, du lundi au vendredi, entre 8 h et 20 h (heure de l'Est).

## 5 Déclaration du Médecin/Chirurgien

Init.	Nom du Médecin	Prénom	Numéro	Groupe	Date (aaaa-mm-jj)	Actes code	R	Mod.	Unités	Honoraires	\$
Adresse (numéro et rue)			Appartement ou bureau		Date (aaaa-mm-jj)	Actes code	R	Mod.	Unités	Honoraires	\$
Ville		Province	Code postal		Date (aaaa-mm-jj)	Actes code	R	Mod.	Unités	Honoraires	\$
<input type="checkbox"/> Omnipraticien		<input type="checkbox"/> Spécialiste		En :			CS	Distance		Honoraires	\$
Consultation demandée par	Prénom	Son numéro			Date (aaaa-mm-jj)	Visites	Code	N°		Honoraires	\$
Diagnostic principal et renseignements complémentaires		Code du diagnostic			Date (aaaa-mm-jj)	Visites	Code	N°		Honoraires	\$
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Date (aaaa-mm-jj)	Visites	Code	N°		Honoraires	\$
					Date (aaaa-mm-jj)	Visites	Code	N°		Honoraires	\$
Code	Établissement date d'entrée (aaaa-mm-jj)		Date de sortie (aaaa-mm-jj)							<b>TOTAL</b>	\$

Je certifie avoir fourni les services inscrits ci-dessus.

Signature de Médecin ou de son mandataire X	Date (aaaa-mm-jj)
--	-------------------

Faites parvenir le formulaire dûment rempli au :

**Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie**  
**CP 11658 Stn CV**  
**Montréal QC H3C 6C1**

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie vous expédiera directement, à vous-même ou à la personne à qui vous aurez cédé les prestations, le chèque de remboursement et le détail du règlement, à l'adresse indiquée au recto. Nous vous prions donc de bien nous fournir votre adresse au complet. Pour tout renseignements concernant la couverture, veuillez communiquer avec le Centre de service à la clientèle des garanties collectives au 1 800 361-6212.