

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 50658		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) — —
---	--------------------------

5 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 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.

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

6 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)		TOTAL					\$	

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.