Demande de règlement et programme de soins médicaux complémentaires et frais de médicaments sur ordonnance

Financière Sun Life

- Le présent formulaire doit être utilisé pour **tous** les frais médicaux. Pour les frais dentaires, veuillez utiliser la Demande de règlement – Garantie Frais dentaires.
- 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 Renseignements sur le participant – *remplissez la présente section au complet*

Numéro de contrat	Numéro d'employé (les huit premiers chiffres seulement)	Langue de préférence pour la correspondance
☐ 25108 – Frais des médicaments sur ordonnance ☐ 25134 – Complémentaire maladie		☐ Français ☐ Anglais

Nom de famille	Prénom	☐ Homme ☐ Femme	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Téléphone (le jour)
			– –	– –

Adresse (numéro et rue)	Appartement ou bureau	Ville	Province	Code postal

2 Remplissez cette section si vous ou votre conjoint/conjoint de fait êtes couvert par un autre régime

Présentez les demandes de règlement reliées aux frais engagés pour vous au titre de votre régime en premier. Lorsque vous recevrez le relevé des prestations versées, présentez une copie du relevé et des reçus au régime de votre conjoint/conjoint de fait pour demander le règlement de la fraction impayée des frais.

Présentez les demandes de règlement reliées aux frais engagés pour votre conjoint/conjoint de fait au titre du régime de votre conjoint/conjoint de fait en premier. Présentez ensuite à votre régime une copie du relevé des prestations et des reçus.

Présentez les demandes de règlement reliées aux frais engagés pour vos enfants en premier lieu au régime de celui d'entre vous et votre conjoint/conjoint de fait dont l'anniversaire arrive en premier dans l'année.

Votre conjoint/conjoint de fait est-il couvert par un autre régime? ☐ Non ☐ Oui Dans l'affirmative, fournir les renseignements suivants.

Nom de famille du conjoint/conjoint de fait	Prénom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Type de couverture
		– –	☐ Individuelle ☐ Familiale

Demandez-vous le règlement de frais qui **NE SONT PAS** couverts par le régime de votre conjoint/conjoint de fait ☐ Non ☐ Oui Dans l'affirmative, précisez :

Si le régime de votre conjoint/conjoint de fait est établi par la Sun Life, voulez-vous que nous traitions la demande au titre des deux régimes? ☐ Non ☐ Oui	Numéro de contrat	Numéro de participant

Signature du conjoint/conjoint de fait	Date (aaaa-mm-jj)
X	– –

Êtes-vous également couvert par un autre régime? ☐ Non ☐ Oui Dans l'affirmative, fournir les renseignements suivants.

Type de couverture	Demandez-vous le règlement de frais qui **NE SONT PAS** couverts par l'autre régime? ☐ Non ☐ Oui Dans l'affirmative, précisez :
☐ Individuelle ☐ Familiale	

Quelle est votre situation quant à l'emploi en vertu de cet autre régime?	Si l'autre régime est établi par la Sun Life, voulez-vous que nous traitions la demande au titre des deux régimes?	Numéro de contrat	Numéro de participant
☐ Salarié à temps plein ☐ Salarié à temps partiel ☐ Retraité	☐ Non ☐ Oui		

3 Renseignements sur la demande de règlement

Indiquez le nom de toutes les personnes pour lesquelles vous présentez la demande de règlement. Additionnez la somme figurant sur tous les reçus et indiquez la somme totale demandée. Assurez-vous que chaque reçu indique clairement le type de frais engagés.

Personne au nom de laquelle vous demandez le règlement		Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien avec vous	Étudiant à temps plein	Handicapé	Somme demandée
Nom de famille	Prénom	– –		☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	$
Nom de famille	Prénom	– –		☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	$
Nom de famille	Prénom	– –		☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	$
Nom de famille	Prénom	– –		☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	$
						Somme totale demandée $

Cette demande porte-t-elle sur des frais engagés par suite d'un accident de véhicule automobile? ☐ Non ☐ Oui

Dans l'affirmative, avez-vous présenté votre demande de règlement au régime d'assurance automobile de votre province, s'il y a lieu? ☐ Non ☐ Oui

Réservé au siège social : HCF

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/conjoint de fait 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/conjoint de fait 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/conjoint de fait 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 recueillir, à utiliser et à communiquer les renseignements me concernant, et, le cas échéant, concernant mon conjoint/conjoint de fait 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, à 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/conjoint de fait 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 recueillis, utilisés, et communiqués à cette fin, à toute autre personne ou tout autre organisme, y compris les agences d'évaluation du crédit et, au besoin, mon promoteur du régime.

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 du participant	Date (aaaa-mm-jj)
X	– –

Protection des renseignements personnels

Nous avons à coeur 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.* 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 (*responsableprotectionvieprivee@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? Pour obtenir de plus amples renseignements sur votre couverture, visitez le site Web de la Sun Life au *www.sunlife.ca*. Vous pouvez également appeler au 1 800 305-5905, du lundi au vendredi, entre 8 h et 20 h (heure de l'Est).

Présentation de demandes de règlement en ligne : Présentez vos demandes de règlement en ligne. Pas besoin de formulaire papier – entrez simplement les renseignements en ligne. Votre demande de règlement est traitée immédiatement et vous pouvez visualiser votre relevé de prestations sur-le-champ. Le remboursement des frais admissibles est effectué à votre compte dans un délai de 24 à 48 heures. Pour plus de précisions, visitez le site *www.masunlife.ca*.

Directives sur l'expédition – *veuillez conserver pour vos dossiers une copie de votre demande de règlement et des reçus présentés.*

Faites parvenir le formulaire dûment rempli à :

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

Sun Life du Canada,
compagnie d'assurance-vie
CP 2010 Succ Waterloo
Waterloo ON N2J 0A6

Réservé au siège social :
HCF