CAE

Financière Sun Life

Demande de règlement Garantie Frais médicaux

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life, s'est engagée à maintenir la confidentialité des renseignements qui vous concernent.

1 Renseignements sur le participant

Vous devez remplir cette section.

Contrat n° 25289	0 ☐ division	0 0 0 salarié=2	☐☐☐☐☐ numéro d'employé syndiqué=3	Date de naissance : jour / mois / année
Nom		Prénom		☐ homme ☐ femme
Adresse				N° de tél. (le jour) ( )
Ville	Province		Code postal	N° de tél. (le soir) ( )

2 Conjoint et enfants inclus dans la présente demande

Section à remplir si vous faites la demande pour votre conjoint ou un enfant à charge.

Nom et prénom du conjoint	☐ homme ☐ femme	Date de naissance jour / mois / année

Nom de l'enfant	Lien avec vous		Date de naissance			Si l'enfant à charge a passé l'âge limite (voir le dossier d'information sur les garanties)	
	Fils	Fille	jour	mois	année	Handicapé	Étudiant à temps plein
	☐	☐				☐	☐
	☐	☐				☐	☐
	☐	☐				☐	☐

3 Coordination des prestations

Indiquer dans cette section si votre conjoint ou les enfants à charge sont couverts par un autre régime ou contrat de remboursement de frais médicaux.

Le conjoint ou les enfants à charge sont-ils couverts, pour certains des frais engagés, par un autre régime ou contrat de remboursement de frais médicaux?

Non ☐ Oui ☐ ▶ Date de naissance du conjoint : ___ / ___ / ___ (jour mois année)

Dans l'affirmative :

- Les demandes de règlement de frais engagés par votre conjoint doivent être présentées en premier lieu au titre du régime du conjoint.
- Les demandes de règlement relatives aux enfants doivent être présentées en **premier** lieu au titre de la couverture de la personne (père ou mère) dont l'anniversaire arrive en premier dans l'année civile.

Si votre conjoint est couvert par un régime dont nous sommes l'émetteur :

Numéro du contrat : _____ Numéro de participant : _____

Voulez-vous que nous coordonnions les prestations (en traitant les deux demandes)? Non ☐ Oui ☐ ▶

Dans l'affirmative, signature du conjoint _____ Date : ___ / ___ / ___ (jour mois année)

Réservé au gestionnaire du régime

4 Renseignements sur la demande de règlement

Joindre les reçus originaux
OU
Si une demande de règlement a été présentée au titre d'un autre régime, joindre le relevé original des prestations versées en vertu de cet autre régime et des copies des reçus s'y rapportant.

Les demandes portant sur des frais engagés à l'étranger doivent nous être présentées dans les 30 jours suivant votre retour à votre domicile.

1. Cette demande porte-t-elle sur des frais engagés par suite d'un accident?
Non ☐ Oui ☐ ▶ Dans l'affirmative, fournir les renseignements suivants :

Date et lieu de l'accident : jour / mois / année	Au travail ☐ À la maison ☐ Ailleurs ☐
Circonstances de l'accident :	
Certains des frais ont-ils été engagés en raison d'une maladie ou blessure couverte par un programme d'indemnisation des accidents du travail?	Non ☐ Oui ☐

2. Indiquez le total des frais dont font état les reçus pour chaque catégorie et joignez le relevé des prestations versées.

Médicaments sur ordonnance	$
Frais engagés à l'étranger - date du départ : jour / mois / année Pays : Monnaie :	$
Autres (veuillez préciser)	$
REMBOURSEMENT TOTAL DEMANDÉ	**$**

5 Autorisation et signature

Vous devez remplir cette section.

Les demandes de règlement frauduleuses coûtent très cher à tous les participants de programmes de garanties collectives. En qualité de gestionnaire de ce régime, nous pouvons vérifier que les renseignements fournis à l'appui de votre demande de règlement sont exacts.

J'atteste que tous les biens et les services faisant l'objet de la présente demande de règlement ont été reçus par moi-même ou par les personnes à ma charge. Si la présente demande de règlement est présentée pour le compte de mon conjoint ou des personnes à ma charge ou de toutes ces personnes à la fois, je détiens l'autorisation de communiquer des renseignements à leur sujet aux fins de l'évaluation de la demande et du paiement des prestations, le cas échéant.

J'atteste que les renseignements qui figurent dans la présente demande de règlement 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.

J'autorise la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, ses mandataires et ses fournisseurs de service à utiliser les renseignements nécessaires à la tarification, à la gestion administrative et à l'évaluation des demandes de règlement se rapportant au régime et à les échanger avec toute personne ou 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 et de réassurance. Je reconnais que les renseignements qui me concernent relativement à la présente demande de règlement pourraient être passés en revue si le régime venait à faire l'objet d'une vérification.

Je conviens que toute photocopie ou version électronique de la présente autorisation a même valeur que l'original.

Signature du participant	Date jour / mois / année

Pour de plus amples renseignements sur votre régime, veuillez vous reporter au dossier d'information sur les garanties ou visiter notre site internet.

www.sunlife.ca

Faites parvenir le formulaire dûment rempli **à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie au Bureau des règlements maladie de votre région :**

RÉGION DE L'EST

Région de l'Atlantique, du Québec et de l'Est de l'Ontario

CP 6076 Succ CV
Montréal QC H3C 4S3

RÉGION DU CENTRE

Ontario (à l'exception de l'Est de l'Ontario)

CP 4023 Succ A
Toronto ON M5W 2P7

RÉGION DE L'OUEST

Ouest du Canada, T.N.-O. et Yukon

CP 2880 Succ Main
Edmonton AB T5J 4S6

Pour de plus amples renseignements : 1 800 361-6212

Veuillez conserver pour vos dossiers une copie de votre demande de règlement et des reçus présentés.