

5 Renseignements sur la demande de règlement

Si le coût du traitement recommandé dépasse le montant des frais planchers prévus par votre régime pour la détermination préalable des prestations, vous devez faire parvenir une estimation à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie. Pour déterminer si le traitement sera remboursé, demandez à votre dentiste de remplir un formulaire de détermination préalable des prestations (ces formulaires sont fournis par le dentiste).

1. Cette demande porte-t-elle sur des frais engagés par suite d'un accident? Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/>		Dans l'affirmative, fournir les renseignements suivants :	
Date et lieu de l'accident (j/m/a) : _____		Au travail <input type="checkbox"/> À la maison <input type="checkbox"/> Ailleurs <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>			
2. S'agit-il d'un traitement d'orthodontie? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Implants? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>		
3. Couronnes, ponts et prothèses amovibles	S'agit-il de la mise en place initiale? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>		
Dans la négative : • Date de la mise en place précédente (j/m/a) : _____		Dans l'affirmative : • Date d'extraction des dents en vue de la mise en place d'une prothèse amovible ou d'un pont (j/m/a) : _____	
• Raison du remplacement : _____			
Pour faciliter l'examen de votre demande, veuillez y joindre :		• les radiographies prises avant le traitement (pour les couronnes, ponts, facettes, incrustations); • la liste de toutes les dents manquantes (pour les ponts seulement).	

6 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 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 X	Date (j/m/a)
-------------------------------	--------------

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.

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).

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

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

Sun Life du Canada,
compagnie d'assurance-vie

Sun Life du Canada,
compagnie d'assurance-vie

Sun Life du Canada,
compagnie d'assurance-vie

CP 6076 Succ CV
Montréal QC H3C 4S3

CP 3417 Succ D
Ottawa ON K1P 1G1

CP 2880 Succ Main
Edmonton AB T5J 4S6