

Remboursement de frais médicaux

Étudiants étrangers uniquement – Groupe N° 50659

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie est membre du groupe Financière Sun Life.

1 Déclaration de l'étudiant

Remplir au complet pour éviter les retards.

Contrat n° 50659	N° d'identification de l'étudiant		
Nom de famille	Prénom	Date de naissance (j/m/a)	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Adresse (n°, rue, appartement)			
Ville	Province	Code postal	Téléphone - jour (ind. rég) ()
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 (j/m/a)
En décrire les circonstances			

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

2 Demande faite pour une personne à charge

Remplir si la demande est faite pour une personne à charge.

Nom des personnes à charge	Lien de parenté			Date de naissance			Enfant à charge de 21 ans ou plus	
	conjoint	fil	fil	jour	mois	année	étudiant	handicapé
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.

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

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	Date de naissance (j/m/a)
Nom de son employeur	Nom de la société émettrice de son régime de remboursement de frais médicaux

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.

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	Frais	Nature de la maladie
			\$	
			\$	

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

REMBOURSEMENT TOTAL DEMANDÉ

\$

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.

Voir au verso (Vous devez lire et signer l'endos du formulaire.)

4 Autorisation et signature

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 (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).

5 Déclaration du Médecin/Chirurgien

Init.	Nom du Médecin	Numéro	Groupe	Date (j/m/a)	Actes code	R	Mod.	Unités	Honoraires
									\$
Adresse									\$
									\$
Omnipraticien <input type="checkbox"/>		Spécialiste <input type="checkbox"/>				CS	Distance		\$
En :									\$
Consultation demandée par		Son Numéro		Date (j/m/a)	Visites	Code	N°		\$
Diagnostic principal et renseignements complémentaires		Code du diagnostic							\$
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						\$	
								TOTAL ▶	\$
Code	Établissement date d'entrée (j/m/a)		Date de sortie (j/m/a)		Je certifie avoir fourni les services inscrits ci-dessus.				
					Signature de Médecin ou de son mandataire				
					X				

La formule dûment remplie doit être envoyée directement à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie :

Bureau des règlements maladie
CP 6076, Succ CV
Montréal QC H3C 4S3

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.