

# Demande de règlement Garantie Frais médicaux pour assurance-santé personnelle

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 propriétaire du contrat

Vous devez remplir cette section.

Numéro de contrat <b>37000</b>		Numéro de participant		Date de naissance (jj-mm-aaaa)	
Nom de famille			Prénom		Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Adresse (numéro et rue)				Appartement ou bureau	
Ville			Province	Code postal	
Numéro de téléphone (le jour)			Numéro de téléphone (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 de famille du conjoint		Prénom		Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	
----------------------------	--	--------	--	---	--------------------------------	--

Nom de famille de l'enfant	Prénom	Lien avec vous		Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Si l'enfant à charge a passé l'âge limite (voir le dossier d'information sur les garanties)	
		Fils	Fille		Handicapé	Étudiant à temps plein
		<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"/>

## 3 Renseignements sur la demande de règlement

Joindre les reçus originaux.

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 de l'accident (jj-mm-aaaa)	Lieu de l'accident <input type="checkbox"/> Au travail <input type="checkbox"/> À la maison <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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 (jj-mm-aaaa)	Pays	Monnaie	\$
Autres (veuillez préciser)				\$
<b>REMBOURSEMENT TOTAL DEMANDÉ</b>				<b>\$</b>

#### 4 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 conseillers 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 la même valeur que l'original.

Signature du propriétaire du contrat X	Date (jj-mm-aaaa)
---	-------------------

**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 au Bureau des règlements le plus proche.**

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

Pour de plus amples renseignements sur votre régime, veuillez vous reporter au contrat ou composer le 1-877-SUN-LIFE (1-877-786-5433).