

Formulaire de demande de règlement au titre du RAMU

Toutes les demandes doivent être envoyées à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, à l'adresse indiquée ci-dessous, au plus tard DOUZE MOIS après la date à laquelle les frais ont été engagés. La Sun Life du Canada est l'assureur et est membre du groupe Financière Sun Life.

1 Renseignements sur le participant au titre du RAMU

Nom de l'université		Numero de contrat 50150	Numéro de participant au titre du RAMU	
Nom de famille			Prénom	
Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Numéro de téléphone	Adresse électronique	
Adresse au Canada (numéro et rue)				Appartement ou bureau
Ville			Province	Code postal

Est-ce que vous-même ou les personnes à votre charge êtes couverts par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie au titre d'une autre assurance-maladie?

- Oui Si oui, fournir les renseignements suivants
 Non

Numero de contrat

Numero de participant

2 Renseignements sur le demandeur

Nom de famille		Prénom	
Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Lien avec le participant au titre du RAMU	<input type="checkbox"/> Participant <input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Fils <input type="checkbox"/> Fille

3 Autorisation et signature du participant au titre du RAMU (La signature du participant est requise lorsque le remboursement doit être versé au participant au titre du RAMU.)

Autorisation

J'autorise le fournisseur de soins de santé ou la clinique ci-dessus à présenter à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (la Sun Life) des demandes de règlement en mon nom et en celui des personnes à ma charge (le cas échéant). J'autorise la Sun Life, ses mandataires, ses fournisseurs de services ainsi que les gestionnaires de régime, s'il y a lieu, à recueillir, à utiliser et à échanger des renseignements nécessaires aux fins de tarification, de gestion administrative ainsi que d'évaluation et de gestion des demandes de règlement se rapportant à la présente assurance. Ces renseignements peuvent être communiqués à toute personne physique ou morale qui possède des renseignements pertinents à mon sujet, y compris les professionnels de la santé, les organismes gouvernementaux, le régime d'assurance-maladie de la province, les établissements médicaux, les agences d'enquête, les compagnies d'assurance et de réassurance et, s'il y a lieu, le promoteur et le gestionnaire de régime.

Dans le cas où il y a fraude présumée et/ou abus en ce qui touche ma demande de règlement, je reconnais et je conviens que la Sun Life, ses mandataires et ses fournisseurs de services peuvent échanger des renseignements au sujet de ma demande avec tout organisme pertinent, y compris s'il y a lieu le promoteur et le gestionnaire de régime, les organismes chargés de l'application de la loi, les organismes de réglementation, les organismes gouvernementaux et les autres assureurs, aux fins d'enquête et de prévention de la fraude et/ou de l'abus.

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.

Si je présente une demande de règlement pour le compte de mon conjoint et/ou des personnes à ma charge, je confirme que j'ai leur autorisation de communiquer, aux fins décrites précédemment, des renseignements personnels à leur sujet à la Sun Life, à ses mandataires et à ses fournisseurs de services, ainsi qu'à toute personne physique ou morale qui possède des renseignements pertinents à leur sujet, y compris les professionnels de la santé, les organismes gouvernementaux, le régime d'assurance-maladie de la province, les établissements médicaux, les agences d'enquête, les compagnies d'assurance et de réassurance et, s'il y a lieu, le promoteur et le gestionnaire de régime.

3 Autorisation et signature (suite)

Important

Cochez l'une des cases suivantes :

- Remettre le versement au participant. (La signature du participant est requise ci-dessous.) Joignez tous les reçus (preuves de paiement) à votre demande de règlement et conservez une copie pour vos dossiers.
- Remettre le versement directement au fournisseur. (La signature du participant N'EST PAS requise.)

Signature du participant X	Date (jj-mm-aaaa) — —
-------------------------------	--------------------------

Protection des renseignements personnels

Pour le groupe Financière Sun Life, la protection de vos renseignements personnels est une priorité. Nous conservons de façon confidentielle des renseignements personnels sur vous et sur les produits et services que vous avez souscrits auprès de notre organisation, pour vous offrir des produits et services de placement, d'assurance et de retraite qui vous aideront à atteindre vos objectifs financiers à toutes les étapes de votre vie. Pour y arriver, nous devons recueillir, utiliser et transmettre vos renseignements personnels à des fins de tarification, d'administration, d'évaluation des dossiers de règlement, de protection contre la fraude, les erreurs ou les fausses représentations, ainsi qu'à des fins de conformité et d'exigences réglementaires ou contractuelles. Cela peut nous aider aussi à vous informer sur d'autres produits et services qui pourraient répondre à vos besoins en constante évolution. Les seules personnes qui ont accès à vos renseignements personnels sont nos employés, nos partenaires de distribution (tels que les conseillers) et les tiers fournisseurs de services, de même que nos réassureurs. Toute personne que vous aurez autorisée pourra également avoir accès à vos renseignements personnels. Dans certains cas, à moins que cela soit interdit, ces personnes peuvent être établies à l'extérieur du Canada, et vos renseignements personnels pourraient alors être régis par les lois qui sont en vigueur dans d'autres pays. Vous pouvez vous informer sur les renseignements contenus dans nos dossiers à votre sujet et, le cas échéant, nous demander par écrit d'y apporter des corrections. Pour en savoir davantage sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, visitez www.sunlife.ca/confidentialite.

4 Renseignements sur le fournisseur

Les sections 4 et 5 doivent être remplies en l'absence d'une facture contenant les mêmes renseignements. Tout renseignement manquant entraînera le refus de la demande de règlement.

Nom de la clinique, de l'hôpital ou du laboratoire		Nom du médecin		
Adresse du fournisseur (numéro et rue)				Appartement ou bureau
Ville	Province	Code postal	Numéro de fournisseur FSL (si vous le connaissez)	Numéro de téléphone — —

5 Description des services

Cette section doit être remplie au complet en l'absence d'une facture contenant les mêmes renseignements.

Date de prestation (jj-mm-aaaa)	Description	Code de procédure au titre de l'Assurance-santé de l'Ontario (plus les unités de temps, s'il y a lieu)	Somme demandée	Diagnostic ou raison de la visite
— —			\$	
— —			\$	
— —			\$	

Je déclare que les renseignements ci-dessus sont exacts et complets.

Signature du fournisseur (Une signature est requise seulement en l'absence d'une facture.) X	Date (jj-mm-aaaa) — —
---	--------------------------

Veuillez retourner le formulaire dûment rempli et les documents demandés à l'adresse suivante :

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
Bureau des règlements
C. P. 2015, succ. Waterloo
Waterloo (Ontario) N2J 0B1

Les participants peuvent soumettre toute demande de renseignements sur les règlements à ce numéro sans frais : 1-866-500-UHIP (8447).