

Les demandes doivent parvenir à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life (l'assureur), à l'adresse indiquée au bas du présent formulaire, au plus tard DOUZE MOIS après la date à laquelle les frais ont été engagés.

Écrire lisiblement EN  
CARACTÈRES  
D'IMPRIMERIE.

Les demandeurs doivent fournir une adresse au Canada valide en vue d'obtenir un remboursement. Aucun chèque de remboursement ne sera établi à un demandeur qui ne fournit pas une adresse au Canada.

## 1 Renseignements sur le participant

Nom de l'université		Numero de contrat <b>50150</b>		Numéro de participant	
Nom			Prénom		
Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Numéro de téléphone		Courriel	
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 en vertu d'une autre assurance-maladie?

Oui  Non Si oui, veuillez indiquer le numéro de contrat :

## 2 Renseignements sur le demandeur

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

## 3 Autorisation et signature

Veuillez joindre les reçus ORIGINAUX du fournisseur indiquant que vous avez réglé les frais en entier (les photocopies des factures ou des reçus ne sont pas acceptées).

### Renseignements personnels

Je comprends que la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (la «Sun Life») de même que leurs réassureurs et administrateurs autorisés (les «assureurs»), utiliseront les renseignements que je fournirai sur le présent formulaire et pour les besoins du traitement de ma demande de règlement en vue de déterminer mon admissibilité aux prestations et d'assurer la gestion administrative et la tarification des demandes de règlement, notamment pour déterminer si la couverture est en vigueur, pour évaluer les conditions d'application de restrictions et pour effectuer la coordination des prestations entre eux et avec les autres assureurs. À cette fin, les assureurs prendront également connaissance de mes dossiers d'assurance existants, recueilleront des renseignements supplémentaires à mon sujet, auprès de moi-même ou d'autres personnes, et échangeront, au besoin, des renseignements avec des tiers.

Nous avons à coeur la protection de vos renseignements personnels. Pour connaître les principes directeurs de la Financière Sun Life en matière de protection des renseignements personnels, veuillez vous reporter à la brochure «Le Régime d'assurance maladie universitaire (RAMU) – la solution pour vos soins de santé de base», que vous trouverez à l'adresse [www.uhip.ca](http://www.uhip.ca).

### Attestation

J'atteste que les renseignements fournis dans le présent formulaire et pour les besoins du traitement de ma demande de règlement sont, à ma connaissance, véridiques et complets. En cas de déclaration fausse ou trompeuse, la couverture pourrait être annulée, la demande de règlement refusée et les règlements précédents réclamés. J'accepte de rembourser aux assureurs tout paiement reçu après avoir présenté une demande de règlement pour des frais que je n'aurais pas engagés.

### 3 Autorisation et signature (suite)

Cette section doit être remplie uniquement lorsque le remboursement doit être versé directement au demandeur.

#### Autorisation

J'autorise, pour une durée minimale de douze mois et maximale de vingt-quatre mois à compter de la présente, tout médecin, praticien, fournisseur de soins de santé, hôpital, établissement de soins de santé, organisme médical, clinique ou autre établissement médical ou paramédical, compagnie d'assurance ou de réassurance, commission d'indemnisation des accidents du travail ou autre programme ou organisation similaire, promoteur du régime, ministère fédéral, provincial ou territorial, ainsi que toute autre compagnie ou organisation, institution ou association (qui obtient notamment des renseignements du titulaire du contrat collectif ou de l'employeur) à fournir à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie de même qu'à leurs mandataires, fournisseurs de services ou représentants, tout renseignement touchant ma santé personnelle (ou celle de mon conjoint et/ou des personnes à ma charge), mes demandes de règlement (ou celles de mon conjoint et/ou des personnes à ma charge) et mon emploi (ou celui de mon conjoint et/ou des personnes à ma charge), et tout renseignement financier (ou ceux de mon conjoint et/ou des personnes à ma charge), ou autre renseignement ou dossier me concernant (ou concernant mon conjoint et/ou les personnes à ma charge) pouvant être nécessaire pour les besoins du traitement de la présente demande de règlement.

Je reconnais qu'aux fins des vérifications ou de l'établissement des relevés administratifs, le promoteur du régime ou l'administrateur du RAMU peut avoir accès à des données statistiques et financières ne contenant aucun élément permettant d'identifier une personne en particulier. Je conviens que toute reproduction de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

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.

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.

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.

#### Important

Cochez l'une des cases suivantes :

Remettre le paiement au participant       Remettre le paiement directement au fournisseur

Signature du demandeur X	Date (jj-mm-aaaa) - -
-----------------------------	--------------------------

### 4 Renseignements sur le fournisseur

Les sections 4 et 5 doivent être remplies par le fournisseur lorsque le remboursement doit lui être versé directement.

Nom du fournisseur		Nom du médecin		
Adresse (numéro et rue)				Appartement ou bureau
Ville	Province	Code postal	Numéro de fournisseur FSL	Numéro de téléphone - -

**5 Description des services (Les médecins et les hôpitaux doivent fournir le diagnostic.)**

Date de prestation (jj-mm-aaaa)	Description	Code de procédure de l'assurance maladie de l'Ontario (plus les unités de temps, s'il y a lieu)	Coût total de la demande de règlement	Diagnostic
- -			\$	
- -			\$	
- -			\$	

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

Signature du fournisseur X	Date (jj-mm-aaaa) - -
-------------------------------	--------------------------

**TOUTES LES DEMANDES DE REMBOURSEMENT ET DE RENSEIGNEMENTS DOIVENT ÊTRE ADRESSÉES À :**

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie  
Bureau des règlements  
CP 2015 Succ Waterloo  
Waterloo ON N2J 0B1

Sans frais : 1-866-500-UHIP (8447)

Vous devez nous indiquer votre numéro de participant RAMU lorsque vous communiquez avec nous par téléphone.