

Comment remplir le formulaire Demande de remboursement/Appel concernant un remboursement

- Écrivez lisiblement, à l'encre et en caractères d'imprimerie.
- Inscrivez toutes les dates en chiffres (4 chiffres pour l'année, 2 chiffres pour le mois et 2 chiffres pour le jour).
- Cochez la case correspondant au type de demande (demande de remboursement ou appel concernant un remboursement)
- Faites parvenir le formulaire dûment rempli à l'administrateur du RAMU® de l'université.



Demande de RAMU remboursement/ Appel concernant un remboursement



Numéro de contrat
Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie – 50150

Veillez cocher une des cases ci-dessous :

correspondance : Demande de remboursement Appel concernant un remboursement

Nous avons à cœur 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.

Les remboursements ne sont accordés :

- Vous avez réglé la prime annuelle du RAMU en entier et avez présenté une demande de remboursement avant le 1er mars ou, si vous êtes parmi les participants qui paient les primes un semestre à la fois, vous avez fait la demande de remboursement dans les 30 jours précédant la date limite pour quitter un programme d'étude sans avoir obtenu de note.
- Les remboursements ne sont accordés que pour des mois complets de couverture, commençant le premier du mois suivant la date à laquelle la Sun Life reçoit la Demande de remboursement/Appel concernant un remboursement. Les remboursements ne sont pas accordés pour les pauses prévues entre les trimestres si ce sont les seules périodes pour lesquelles vous demandez un remboursement.

Écrire lisiblement
EN CARACTÈRES
D'IMPRIMERIE.

1 Renseignements sur le participant (A remplir par le participant)

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

2 Motifs de la demande de remboursement/d'appel concernant un remboursement

Veillez cocher la case correspondant à la raison pour laquelle vous demandez un remboursement.

- J'ai quitté le programme d'étude volontairement (fournir le document attestant que vous avez quitté l'université et indiquant la date à laquelle vous l'avez fait).
- J'ai quitté le programme d'étude à la demande de l'université (fournir le document attestant que vous avez quitté l'université et indiquant la date à laquelle vous l'avez fait).
- J'ai terminé le programme d'études : indiquez la date de fin des études (jj-mm-aaaa).
- Je suis admissible à l'Assurance-santé de l'Ontario (fournir une attestation de couverture indiquant la date d'effet de la couverture).
- L'assureur du RAMU m'a accordé une exemption de participation au RAMU.
- Je demande le remboursement parce que les personnes à ma charge ont quitté le Canada : indiquez la date du départ (jj-mm-aaaa).

Donnez des précisions

Autre.

L'autorise la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (l'assureur) ainsi que ses mandataires, ses fournisseurs de services et l'administrateur du RAMU® de l'université à utiliser les renseignements inscrits sur le présent formulaire aux fins de la gestion administrative et du traitement de ma demande de remboursement.

Signature du participant _____ Date (jj-mm-aaaa) _____

Veillez retourner la demande dûment remplie à l'administrateur du RAMU® de l'université.

3 Réservée à l'administrateur du RAMU® de l'université

La partie ombrée est réservée à l'administrateur du RAMU® de l'université

Année scolaire pour laquelle la demande de remboursement est présentée		Date de validation (jj-mm-aaaa)
septembre 1 _____ au août 31 _____		
Demande de remboursement pour		
<input type="checkbox"/> participant <input type="checkbox"/> participant et personne(s) à charge <input type="checkbox"/> personne(s) à charge seulement		
Date d'effet de la couverture (jj-mm-aaaa)	Date d'expiration de la couverture (jj-mm-aaaa)	
_____	_____	
Prime payée à ce jour par le participant	\$ _____	Date de fin de la couverture (jj-mm-aaaa)
_____	_____	_____
Sceau de l'université		
Ce formulaire n'est valide que si le sceau y est apposé		

RENSEIGNEMENTS

Numéro de téléphone 1-877-250-8447, du lundi au vendredi, entre 8:30 h et 17 h (heure de l'Est) Numéro de télécopieur 416-595-9528 Courriel UHIP@sunlife.com

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

AACF-UHIP-005-F-04-14

- a) Assurez-vous de lire et de comprendre cette section avant de poursuivre.

Section 1 : Renseignements sur le participant

- a) - Le nom de l'université
- Votre numéro de participant du RAMU®
- b) Vos nom et prénom
- c) - Votre date de naissance
- Votre sexe
- Votre adresse de courriel
- d) Votre adresse complète au Canada, y compris votre code postal et votre numéro de téléphone (ou le conseiller aux étudiants internationaux ou le service des Ressources humaines de l'université)

Section 2 : Motifs de la demande de remboursement/d'appel concernant un remboursement

- a) Indiquez la raison pour laquelle vous demandez un remboursement ou faites appel (ne cochez qu'une case).
- b) Vous devez signer et dater cette section pour que votre demande soit traitée.

Section 3 : Réservée à l'administrateur du RAMU® de l'université

- a) Réservé à l'administrateur