

4 Renseignements sur la demande de règlement

Joindre les reçus originaux
OU

Si une demande de règlement a été présentée au titre d'un autre régime, joindre le relevé original des prestations versées en vertu de cet autre régime et des copies des reçus s'y rapportant.

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 et lieu de l'accident :	jour	mois	année	Au travail <input type="checkbox"/>	À la maison <input type="checkbox"/>	Ailleurs <input type="checkbox"/>
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 de travail? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>						

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 :	Pays :	Monnaie :
jour / mois / année		\$
Autres (veuillez préciser)		\$
REMBOURSEMENT TOTAL DEMANDÉ		\$

5 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 mandataires 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 même valeur que l'original.

Signature du participant	Date	jour	mois	année
		/	/	

Pour de plus amples renseignements sur votre régime, veuillez vous reporter au dossier d'information sur les garanties ou visiter notre site internet.
www.sunlife.ca

Faites parvenir le formulaire dûment rempli à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, au Bureau des règlements maladie de votre région :

RÉGION DE L'EST

Région de l'Atlantique, du Québec et de l'Est de l'Ontario

CP 6076 Succ CV
Montréal QC H3C 4S3
1 800 363 0636

RÉGION DU CENTRE

Ontario (à l'exception de l'Est de l'Ontario)

CP 4023 Succ A
Toronto ON M5W 2P7
(416) 753-4300
1 800 361 6212

RÉGION DE L'OUEST

Ouest du Canada, T.N.-O. et Yukon

CP 2880 Succ Main
Edmonton AB T5J 4S6
1 800 661 7334