



# Demande de règlement



Les sections 1 à 3 doivent être remplies par le participant. Les sections 4 et 5 doivent être remplies par le fournisseur. Veuillez joindre les factures ORIGINALES du fournisseur ou les reçus indiquant que vous avez réglé les frais en entier (des photocopies des factures/reçus ne sont pas acceptées). N'oubliez pas d'indiquer votre numéro de participant et de signer et dater la section AUTORISATION.

Numéros de contrat

**Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie – 50150    American Home Assurance Company – SRG9114277**

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).

Écrire lisiblement EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE.

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

## 1 Renseignements sur le participant

Nom de l'université		Numéro de participant	
Nom		Prénom	
Date de naissance (j/m/a)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	N° de téléphone (    )	Courriel
Adresse au Canada (numéro et rue, appartement ou bureau)			
Ville	Province	Code postal	

## 2 Renseignements sur le patient

Nom		Prénom	
Date de naissance (j/m/a)	Lien avec le participant	<input type="checkbox"/> Participant <input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Fils <input type="checkbox"/> Fille

## 3 Autorisation et signature

### Renseignements personnels

Je comprends que la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie et l'American Home Assurance Company, 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.

### 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 fautive 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.

### 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, administrateur du RAMU, 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 et à l'American Home Assurance Company, de même qu'à leurs mandataires, fournisseurs de services ou représentants, tout renseignement touchant ma santé personnelle, mes demandes de règlement et mon emploi, et tout renseignement financier, ou autre renseignement ou dossier me concernant pouvant être nécessaire pour les besoins du traitement de ma demande de règlement.

### 3 Autorisation et signature (suite)

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.

#### Important

Cochez l'une des cases suivantes :  Remettre le paiement au participant.  
 Remettre le paiement directement au fournisseur.

Signature du participant X	Date (j/m/a)
-------------------------------	--------------

Est-ce que vous-même ou les personnes à votre charge êtes couverts en vertu d'un autre régime?

Oui  Non Si oui,

Nom de la compagnie d'assurance	N° de contrat	Pays
---------------------------------	---------------	------

### 4 Renseignements sur le fournisseur

Nom du fournisseur		Spécialisation	
Adresse (numéro et rue, appartement ou bureau)			
Ville		Province	Code postal
Numéro de fournisseur FSL 		N° de téléphone ( )	

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

Date de prestation (j/m/a)	Description	Code de procédure de l'assurance maladie de l'Ontario (plus les unités de temps, s'il y a lieu)	Frais	Diagnostic

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

Signature du fournisseur X	Date (j/m/a)
-------------------------------	--------------

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

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie  
Bureau des règlements  
CP 9845 SUCC T  
Ottawa ON K1G 6V4

Sans frais : 1-866-500-UHIP (8447)  
Courriel : [askus@sunlife.com](mailto:askus@sunlife.com)

\*La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie couvre les demandes de règlement admissibles à concurrence de 100 000 \$ par personne assurée par année et elle agit à titre d'administrateur pour le compte de la compagnie d'assurance American Home Assurance Company pour les règlements totalisant plus de 100 000 \$ par année. Dans tous les cas, les demandes de règlement ou de renseignements devraient être adressées à la Sun Life.