

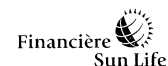
Directives – Comment remplir le Certificat d'exemption de participation au RAMU®

- ✓ Écrivez lisiblement, à l'encre et en majuscules.
- ✓ Écrivez toutes les dates en chiffres : année (quatre chiffres), mois (deux chiffres) et jour (deux chiffres).
- ✓ Indiquez s'il s'agit d'une première demande de reconnaissance d'une couverture existante ou d'un renouvellement annuel en cochant la case appropriée.
- ✓ Lisez attentivement l'introduction et suivez les directives.
- ✓ Faites parvenir une photocopie du formulaire dûment rempli à l'assureur du RAMU®, à l'adresse indiquée sur le formulaire.

1. Le nom de l'université.
2. La date de présentation de la demande d'exemption de participation au RAMU®.
3. Le nom complet du promoteur du régime d'assurance auquel vous participez (s'il y en a un) et le nom de la compagnie d'assurance responsable du régime.
4. Vos nom et prénom ainsi que ceux des membres de votre famille (s'ils sont également couverts par le régime faisant l'objet de la demande de reconnaissance).
5. Votre adresse au Canada, y compris votre code postal.
6. Votre numéro d'étudiant ou d'employé.
7. Votre numéro de téléphone.
8. La date de prise d'effet et de cessation de votre couverture au titre de l'autre régime (veillez à ne pas indiquer par erreur la date du jour).



Certificat d'exemption de participation au RAMU®



Veillez cocher la case appropriée :

- Première demande
 Renouvellement annuel

Écrire lisiblement
 EN CARACTÈRES
 D'IMPRIMERIE.

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

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.

1 Renseignements sur l'exemption

Nota : Le fait de remplir le présent formulaire ne garantit pas automatiquement l'exemption de participation au RAMU®. L'acceptation définitive de l'assurance à titre de protection « au moins égale » est assujettie à l'autorisation de l'assureur du RAMU®.

Le Régime d'assurance maladie universitaire (RAMU®), assuré par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life et par l'American Home Assurance Company (les assureurs), offre une protection de base pour la plupart des services et articles médicalement nécessaires qui sont couverts par le régime d'assurance-santé de l'Ontario. La participation obligatoire au RAMU® ainsi que l'obligation de fournir une preuve de participation à un régime au moins équivalent pour bénéficier d'une exemption de participation visent à faire en sorte qu'aucune université ne soit tenue responsable du remboursement des frais admissibles en vertu du RAMU® qui sont décrits au verso.

Vous devez adhérer au RAMU® pour la période pendant laquelle vous présentez une demande de reconnaissance de toute couverture existante. Les demandes doivent être reçues par l'assureur au plus tard 30 jours après votre adhésion au RAMU®. Si votre régime est reconnu, la prime du RAMU® vous sera remise en entier, déduction faite de toute somme déjà remboursée au titre du RAMU®. Vous devez faire renouveler votre exemption annuellement au cas où des modifications auraient été apportées à votre régime.

Remplissez la section 1 au complet. Faites parvenir une photocopie du présent formulaire à l'assureur à l'adresse indiquée ci-dessous et l'original au promoteur du régime. La section 2 doit être remplie et signée par un représentant autorisé du promoteur du régime et signée par un représentant autorisé de l'assureur. **Une description détaillée du régime doit être jointe au présent formulaire, y compris toutes les restrictions et exclusions prévues au contrat.**

2 Renseignements sur le participant (À remplir par le participant)

Nom de l'université 1		Date de la demande (j/m/a) 2
Nom du promoteur du régime (titulaire du contrat) et de la compagnie d'assurance 3		
Participant	Nom 4	Date de naissance (j/m/a)
Personnes à charge	Nom	Date de naissance (j/m/a)
Adresse du participant au Canada (numéro et rue, appartement ou bureau) 5		
Ville	Province	Code postal
N° de participant 6	N° de tel. du participant 7	
Période de validité de l'autre couverture Du (j/m/a) 8		Au (j/m/a)

Certificat d'exemption de participation au RAMU®

9. Votre signature.
10. Faites parvenir une copie du formulaire au promoteur du régime d'assurance auquel vous participez (s'il y en a un) pour qu'il le remplisse et faites parvenir le formulaire à la compagnie d'assurance du RAMU®, à l'adresse indiquée sur le formulaire, dans les 30 jours suivant votre adhésion au RAMU®.

3 Autorisation et signature du participant

IMPORTANT :
Vous devez signer et dater le formulaire.

j'autorise la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie et l'administrateur du RAMU® de l'université, leurs mandataires et leurs fournisseurs de services à utiliser les renseignements qui figurent sur le présent formulaire aux fins de la gestion des prestations et de l'étude de ma demande d'exemption de participation au RAMU®. La présente autorisation est valide pour la durée de l'étude de ma demande d'exemption, et par la suite durant toute période où je pourrais bénéficier de la couverture prévue par le RAMU®.

Signature du participant X	9	Date (j/m/a)
-------------------------------	----------	--------------

4 Autorisation et signature du promoteur (À remplir par le promoteur du régime (titulaire du contrat) et la compagnie d'assurance)

Nous certifions par la présente que les personnes dont le nom figure ci-dessus participent à un régime d'assurance maladie collective offrant une protection au moins égale à celle du RAMU® (sommaire des dispositions du RAMU® au verso) et en vigueur durant la période indiquée ci-dessus. La protection est offerte au titre du contrat établi par

compagnie d'assurance autorisée à exercer ses activités en vertu des lois
Les primes relatives à la période indiquée ci-dessus ont été réglées en entier par les personnes désignées ci-dessus ou en leur nom. **Vous trouverez ci-joint une description détaillée de la couverture offerte (version anglaise ou française) au titre du contrat**, dont bénéficient les personnes ci-dessus.

Il est entendu que si les personnes ci-dessus engagent des frais de soins de santé au cours de la période indiquée ci-dessus, frais qui auraient été remboursés par le RAMU® si les personnes y avaient adhéré, ces frais constituent une obligation en vertu de l'assurance décrite aux présentes ou, à défaut d'une telle assurance, sont à la charge du promoteur du régime (titulaire du contrat). En outre, le promoteur du régime dégage toute université fréquentée par le candidat de tout risque éventuel.

Promoteur du régime (titulaire du contrat)

10

Signature du représentant autorisé X	pour (Promoteur du régime (titulaire du contrat))
Nom (en caractères d'imprimerie)	Sceau de la société
Titre	
Numéro de téléphone	
Adresse (numéro et rue, appartement ou bureau)	

Compagnie d'assurance

Signature du représentant autorisé X	pour (Compagnie d'assurance)
Nom (en caractères d'imprimerie)	Sceau de la société
Titre	
Numéro de téléphone	
Adresse (numéro et rue, appartement ou bureau)	

Veillez faire parvenir ce formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :
Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
Régimes d'associations et de groupements d'affinités
CP 4097, succ. A
Toronto ON M5W 2Z5 CANADA

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie :
• Sans frais 1 877 250-UHHP (8447)
• Courriel askus@sunlife.com
Heures d'ouverture des bureaux :
De 7 h à 20 h (heure de l'Est)

Réservé à l'administration

Date de réception (j/m/a)
