

Demande de règlement Compte Soins de santé



La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life, s'engage à maintenir la confidentialité des renseignements qui vous concernent.

1 Renseignements sur le participant – remplissez la présente section au complet

Numéro du contrat	Numéro de participant	Promoteur de régime/employeur	Langue de préférence pour la correspondance <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais		
Nom de famille	Prénom	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Téléphone (le jour)	
Adresse (numéro et rue)				Appartement ou bureau	
Ville			Province	Code postal	

2 Règlement au moyen du compte Soins de santé

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

Vous pouvez utiliser votre compte Soins de santé pour demander le règlement de frais remboursables qui donnent droit au crédit d'impôt pour frais médicaux/dentaires en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu. Il peut s'agir de frais non couverts par la garantie Frais médicaux/dentaires de votre régime ou de la fraction non remboursée des frais médicaux/dentaires ayant fait l'objet d'une demande de règlement au titre d'un autre régime. Voir le guide d'information pour une liste complète de ces frais.

Description des frais	Année	Personne au nom de laquelle vous demandez le règlement		Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien avec vous	Sexe	Montant
		Nom de famille	Prénom			<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	\$
		Nom de famille	Prénom			<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	\$
		Nom de famille	Prénom			<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	\$
		Nom de famille	Prénom			<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	\$
		Nom de famille	Prénom			<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	\$
							Remboursement totale demandée
							\$

Si vous-même ou une personne pour qui vous présentez une demande de règlement êtes couverts par un autre régime, vous devez d'abord demander le règlement au titre de cet autre régime. Cette pratique est avantageuse pour vous car le compte Soins de santé ne doit servir qu'à régler les frais qui ne sont pas couverts par d'autres régimes. Si vous ne savez pas si certains frais sont couverts par votre régime, nous vous conseillons de présenter d'abord la demande au titre de cet autre régime. Une fois que les prestations auront été versées, vous pourrez demander, au titre de votre compte Soins de santé, le règlement de la partie des frais qui n'auront pas été remboursés.

3 Autorisation et signature

J'atteste que tous les biens et les services faisant l'objet de la présente demande de règlement au titre de mon compte Soins de santé ont été reçus par moi-même, et, le cas échéant, par mon conjoint et/ou par les personnes à ma charge. J'atteste que les renseignements qui figurent dans le présent formulaire 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'affirme que les personnes au nom desquelles je présente une demande de règlement sont admissibles et qu'il s'agit de moi-même, de mon conjoint et de toute personne à ma charge au sens défini dans la description de la garantie Compte Soins de santé.

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.

J'autorise la Sun Life et ses réassureurs à recueillir, à utiliser et à communiquer les renseignements me concernant, et, le cas échéant, concernant mon conjoint et/ou les personnes à ma charge qui sont nécessaires aux fins de la tarification, de la gestion administrative et de l'évaluation des demandes de règlement au titre du présent régime, à tout 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. Je reconnais également que les renseignements qui ont trait à la présente demande de règlement pourraient être passés en revue si le régime venait à faire l'objet d'une vérification.

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.

S'il y a un trop-perçu, j'accepte que la totalité de la somme versée en trop soit recouvrée au moyen de toute somme pouvant m'être payable au titre de mon ou de mes régimes de garanties collectives, et que les renseignements relatifs à la présente demande de règlement soient recueillis, utilisés, et communiqués à cette fin, à toute autre personne ou tout autre organisme, y compris les agences d'évaluation du crédit et, au besoin, mon promoteur du régime.

Je reconnais que je suis responsable du paiement de tout impôt pouvant résulter du remboursement de ces frais. Je reconnais également qu'à des fins fiscales ou administratives, le promoteur du régime peut avoir accès à un sommaire de l'ensemble des sommes dont j'ai demandé le remboursement au titre de mon compte Soins de santé.

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 du régime comprend leurs mandataires et leurs fournisseurs de services respectifs.

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

4 Protection des renseignements personnels

Pour le groupe Sun Life, la protection de vos renseignements personnels est une priorité. Nous conservons de façon confidentielle des renseignements personnels sur vous et sur les produits et services que vous avez souscrits auprès de notre organisation, pour vous offrir des produits et services de placement, d'assurance et de retraite qui vous aideront à atteindre vos objectifs financiers à toutes les étapes de votre vie. Pour y arriver, nous devons recueillir, utiliser et transmettre vos renseignements personnels à des fins de tarification, d'administration, d'évaluation des dossiers de règlement, de protection contre la fraude, les erreurs ou les fausses représentations, ainsi qu'à des fins juridiques, réglementaires ou contractuelles. Cela peut nous aider aussi à vous informer sur d'autres produits et services qui pourraient répondre à vos besoins en constante évolution. Les seules personnes qui ont accès à vos renseignements personnels sont nos employés, nos partenaires de distribution (tels que les conseillers) et les tiers fournisseurs de services, de même que nos réassureurs. Toute personne que vous aurez autorisée pourra également avoir accès à vos renseignements personnels. Dans certains cas, à moins que cela soit interdit, ces personnes peuvent être établies à l'extérieur du Canada, et vos renseignements personnels pourraient alors être régis par les lois qui sont en vigueur dans d'autres pays. Vous pouvez vous informer sur les renseignements contenus dans nos dossiers à votre sujet et, le cas échéant, nous demander par écrit d'y apporter des corrections. Pour en savoir davantage sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, visitez le www.sunlife.ca/confidentialite.

Des questions? Veuillez visiter le www.sunlife.ca ou composer notre numéro sans frais 1 800 361-6212, du lundi au vendredi, entre 8 h et 20 h (heure de l'Est).

Directives sur l'expédition – veuillez conserver pour vos dossiers une copie de votre demande de règlement et des reçus présentés.

Faites parvenir le formulaire dûment rempli au Bureau des règlements le plus proche.

Sun Life du Canada, compagnie
d'assurance vie
CP 11658 Succ CV
Montréal QC H3C 6C1

Sun Life du Canada, compagnie
d'assurance vie
CP 2010 Succ Waterloo
Waterloo ON N2J 0A6

Nous produirons un relevé des prestations versées que vous devez conserver pour vos dossiers.