

- 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.
- Le présent formulaire doit être utilisé pour **tous** les frais médicaux. Pour les frais dentaires, veuillez utiliser le formulaire *Demande de remboursement pour soins dentaires*.
- Veuillez lire toutes les directives avant de remplir le formulaire.
- Veuillez écrire lisiblement en **CARACTÈRES D'IMPRIMERIE** et remplir toutes les sections pour éviter tout retard dans le traitement de votre demande.
- Joignez à la demande les reçus **originaux** de tous les frais engagés et conservez-en une copie pour vos dossiers. Nous ne vous remettrons pas les reçus originaux puisque vous recevrez un relevé de prestations aux fins de l'impôt.
- Apposez votre signature à la page 2 et expédiez votre demande à l'adresse indiquée au bas de la page 2.

**Des questions?** Visitez le site [www.santeetudiante.com](http://www.santeetudiante.com)

## Important :

Toutes les demandes de règlement doivent parvenir à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie dans les 90 jours suivant la fin de l'année du contrat au cours de laquelle les frais ont été engagés ou la date à laquelle votre couverture a pris fin, si cette date est antérieure. Pour de plus amples renseignements, communiquez avec l'ASÉQ.

Veuillez inclure la recommandation écrite de votre médecin si vous présentez une demande de règlement concernant certains services ou frais médicaux tels que des appareils médicaux ou des services de soins infirmiers. La recommandation écrite doit indiquer la raison pour laquelle les services étaient requis sur le plan médical et la durée pendant laquelle ils étaient nécessaires. En ce qui touche les demandes de règlement de frais dentaires engagés par suite d'un accident, vous devez faire parvenir les radiographies prises après l'accident et avant tout traitement.

## 1 Renseignements sur l'étudiant couvert

Remplissez la présente section au complet.

Vous devriez contacter l'ASÉQ pour confirmer votre numéro de contrat AVANT de soumettre votre première demande de réclamation. Si vous êtes résident du Québec mais que vous êtes couvert par le régime d'assurance maladie d'une autre province ou si vous êtes étudiant canadien non-résident du Québec couvert par la RAMQ, vous DEVEZ contacter l'ASÉQ.

Numéro de contrat <b>56961</b>		Numéro d'étudiant		Nom du groupe <b>AEEDTC / PGSS Régime santé</b>	
<input type="checkbox"/> Numéro de la carte d'assurance maladie du Québec <input type="checkbox"/> Numéro de la carte d'assurance maladie d'une autre province					
Nom de famille			Prénom		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Adresse (numéro et rue, appartement ou bureau)					Date de naissance (j/m/a)
Province		Code postal		Langue de préférence pour la correspondance <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	
				Ville	
				Numéro de téléphone ( )	

## 2 Est-ce-que vous ou votre conjoint, êtes couverts par un autre régime?

Remplissez cette section si vous ou votre conjoint bénéficiez d'une couverture au titre d'un autre régime.

Présentez les demandes de règlement reliées aux frais engagés pour vous-même au titre de votre régime en premier.

Lorsque vous recevrez le relevé des prestations versées, présentez une copie du relevé et des reçus au régime de votre conjoint pour demander le règlement de la fraction impayée des frais.

Présentez les demandes de règlement reliées aux frais engagés pour votre conjoint au titre du régime de votre conjoint en premier. Présentez ensuite une copie du relevé des prestations et des reçus à votre régime.

Présentez les demandes de règlement reliées aux frais engagés pour vos enfants en premier lieu au régime de celui d'entre vous dont l'anniversaire arrive en premier dans l'année.

### ► Votre conjoint est-il couvert par un autre régime d'assurance-maladie complémentaire?

Non  Oui Dans l'affirmative, fournir les renseignements suivants.

Nom de famille du conjoint		Prénom		Date de naissance (j/m/a)	
Type de couverture <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale	Demandez-vous le règlement de frais qui ne <b>SONT PAS</b> couverts par le régime de votre conjoint? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Dans l'affirmative, précisez :				
Si le régime de votre conjoint est établi par la Financière Sun Life, voulez-vous que nous traitions la demande au titre des deux régimes? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui ►			Numéro de contrat		Numéro de certificat
Signature du conjoint X					Date (j/m/a)

### ► Êtes-vous couvert au titre d'un autre régime d'assurance-maladie complémentaire?

Non  Oui Dans l'affirmative, fournir les renseignements suivants.

Type de couverture <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale	Demandez-vous le règlement de frais qui ne <b>SONT PAS</b> couverts par l'autre régime? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Dans l'affirmative, précisez :		Quelle est votre situation quant à l'emploi en vertu de cet autre régime? <input type="checkbox"/> Salarié à temps plein <input type="checkbox"/> Salarié à temps partiel		
Si l'autre régime est établi par la Financière Sun Life, voulez-vous que nous traitions la demande au titre des deux régimes? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui ►			Numéro de contrat		Numéro de certificat

### 3 Renseignements sur la demande de règlement

Indiquez le nom de toutes les personnes pour lesquelles vous présentez la demande de règlement. Additionnez la somme figurant sur tous les reçus et indiquez la somme totale demandée.

Les reçus doivent indiquer le nom du patient, la nature du traitement ou du médicament, le nom du médecin qui l'a prescrit, la date et le montant facturé.

Personne au nom de laquelle vous demandez le règlement	Date de naissance (j/m/a)	Lien de parenté avec vous	Étudiant à temps plein	Handicapé	Somme demandée
Demandeur (nom de famille, prénom)			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	\$
Demandeur (nom de famille, prénom)			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	\$
Demandeur (nom de famille, prénom)			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	\$
Demandeur (nom de famille, prénom)			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	\$
Demandeur (nom de famille, prénom)			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	\$
					<b>Somme totale demandée</b>
					\$

- **Cette demande porte-t-elle sur des frais engagés par suite d'un accident du travail?**  Non  Oui  
 Dans l'affirmative, avez-vous présenté votre demande de règlement au régime d'indemnisation des accidents du travail de votre province, s'il y a lieu?  Non  Oui
- **Cette demande porte-t-elle sur des frais engagés par suite d'un accident de véhicule automobile?**  Non  Oui  
 Dans l'affirmative, avez-vous présenté votre demande de règlement au régime d'assurance automobile de votre province, s'il y a lieu?  Non  Oui

### 4 Autorisation et signature – vous devez remplir cette section

J'atteste que tous les biens et les services faisant l'objet de la présente demande de règlement 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.

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 utiliser et à échanger 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, avec 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 échangés à cette fin, avec toute autre personne ou tout autre organisme, y compris les agences d'évaluation du crédit et, au besoin, mon promoteur du régime.

J'autorise la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie et le professionnel de la santé à communiquer les renseignements concernant la présente demande de règlement à l'ASÉQ aux fins de la gestion des garanties.

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 comprend leurs mandataires et leurs fournisseurs de services respectifs.

Signature de l'étudiant assuré (obligatoire) X	Date (j/m/a)
---	--------------

#### Protection des renseignements personnels

Nous avons à cœur la protection des renseignements personnels vous concernant. Nous pouvons, pour nous aider à servir certains de nos clients, tirer parti des forces dont nous disposons dans nos opérations à l'échelle mondiale et grâce aux ententes que nous négocions avec des tiers fournisseurs. Certains de nos employés, fournisseurs de services, mandataires, réassureurs et leurs fournisseurs de services, peuvent être situés dans des territoires hors du Canada, et vos renseignements personnels pourraient alors être régis par les lois qui sont en vigueur dans ces territoires étrangers.

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

Veuillez faire parvenir votre formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :

**Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie**  
**Bureau des règlements maladie**  
**CP 11805 Succ CV**  
**Montréal QC H3C 0H3**