

Demande de règlement soins médicaux et paramédicaux
SERVICE DES RÈGLEMENTS
MONTRÉAL
 C.P. 4002, SUCCURSALE B
 MONTRÉAL (QUÉBEC) H3B 4M2

TORONTO
 C.P. 4105, SUCCURSALE A
 TORONTO (ONTARIO) M5W 2P4

IMPORTANT : Afin d'accélérer le traitement de votre demande, veuillez écrire en lettres moulées, répondre à toutes les questions et SIGNER le formulaire. Si vous avez besoin d'assistance pour remplir ce formulaire, n'hésitez pas à nous contacter au 1 800 499-4425.

I Déclaration du participant <i>(veuillez remplir cette section afin de nous permettre de vous identifier rapidement)</i>	Nom du titulaire du contrat		Police n°		Certificat n°	
	Nom de famille du participant			Prénom		Initiale
	Adresse de résidence principale (n°, rue)					App.
	Ville			Province		Code postal
	Langue : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	N° de téléphone (jour) ()		Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	
II Personnes à charge <i>(à remplir lors de votre première demande relative à une personne à charge ou lors d'un changement)</i>	Nom de famille du conjoint		Prénom		Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	
	Enfant(s)					
	Nom complet	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Sexe M F	Étudiant à temps plein ¹	Confirmation de fréquentation scolaire Nom de l'établissement scolaire et période de fréquentation	
	Nom		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom	
	Prénom	/ /			Début (AAAA/MM/JJ) Fin / /	
	Nom		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom	
	Prénom	/ /			Début (AAAA/MM/JJ) Fin / /	
	Nom		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom	
	Prénom	/ /			Début (AAAA/MM/JJ) Fin / /	
	Nom		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom	
Prénom	/ /			Début (AAAA/MM/JJ) Fin / /		
¹ Statut d'étudiant : La Compagnie d'assurance Standard Life du Canada se réserve le droit de vérifier le statut d'étudiant auprès de l'établissement scolaire. Enfant handicapé : Si l'enfant à charge a dépassé l'âge limite prévu au contrat et qu'il a été atteint d'un handicap permanent alors qu'il était considéré comme personne à charge couverte par le contrat, veuillez nous faire parvenir le formulaire « Confirmation de l'invalidité totale et permanente d'un enfant à charge » GF10352 dûment complété par vous et le médecin traitant.						
III Coordination des prestations <i>(veuillez remplir cette section si les frais engagés sont couverts par le régime d'un autre assureur)</i>	Nom de la compagnie d'assurances collectives de votre conjoint		Police n°		Certificat n°	
	Protection : Assurance maladie <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale		Soins dentaires <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale			
	Date effective de la coordination des bénéfices (AAAA/MM/JJ)		Date de terminaison de la coordination des bénéfices (si applicable) (AAAA/MM/JJ)			
	Comment réclamer lorsqu'il y a deux assureurs : votre conjoint doit d'abord présenter sa demande de règlement à son assureur. Dans le cas des enfants à charge, les demandes doivent être présentées d'abord au régime du parent dont l'anniversaire de naissance tombe le plus tôt dans l'année civile. Si les demandes ont déjà été soumises à un autre assureur, veuillez fournir à la Standard Life le détail des prestations versées ainsi que des copies des reçus.					

Veuillez remplir le verso. >>
Si vous n'avez pas besoin de la section qui suit, veuillez la détacher

LE DÉPÔT DIRECT EST LE MODE DE PAIEMENT PRIVILÉGIÉ PAR LA STANDARD LIFE. SI VOUS NE L'UTILISEZ PAS DÉJÀ, VEUILLEZ REMPLIR CETTE SECTION.

Dépôt direct - autorisation

<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} adhésion <input type="checkbox"/> Modification		Police n°		Certificat n°	
Nom de famille du participant		Prénom(s)		N° de téléphone (jour) ()	
Nom de l'institution financière			Adresse de l'institution financière		
Type de compte bancaire : <input type="checkbox"/> Chèques (veuillez joindre un spécimen de chèque personnalisé) <input type="checkbox"/> Épargne (veuillez fournir les informations bancaires demandées ci-après)		Succursale n°	Institution n°	Compte n°	
<i>J'autorise la Standard Life à déposer dans le compte bancaire ci-haut mentionné, mes règlements d'assurances collectives. J'atteste que les renseignements inscrits sur ce formulaire sont exacts et je conviens d'informer la Standard Life de tout changement. J'accepte que cette entente de dépôt direct puisse être résiliée par la Standard Life ou par moi en tout temps sur simple avis écrit ou verbal.</i>					
Signature du participant		Date (AAAA/MM/JJ)	Signature du propriétaire du compte (si différent du participant)		Date (AAAA/MM/JJ)
Réservé à la Standard Life					Reçu le (AAAA/MM/JJ)

IV Frais médicaux <i>(les frais engagés ne peuvent être soumis que s'ils ont été réglés entièrement)</i>	1. Si possible, veuillez attendre que les frais engagés atteignent au moins 100 \$ ou l'équivalent de votre franchise avant de présenter une demande de règlement. 2. Pour tout montant exceptionnellement élevé (500 \$ et plus), veuillez soumettre au préalable une estimation écrite afin que nous puissions vérifier l'admissibilité de votre demande de règlement. 3. Annexez les originaux de vos reçus et conservez les copies pour vos dossiers. Tous les reçus seront détruits après 60 jours. Le relevé des prestations ainsi que les copies de vos reçus sont suffisants aux fins de l'impôt sur le revenu et de la coordination des prestations.		
	MÉDICAMENTS	Les reçus doivent indiquer le nom du patient, le nom du médicament et le numéro d'identification du médicament (DIN).	MONTANT TOTAL DE VOS REÇUS DE MÉDICAMENTS _____ \$
	SOINS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX	Les reçus doivent indiquer le nom et l'adresse du spécialiste et indiquer la date de chaque visite ou examen ainsi que les coûts connexes. Consultez votre livret afin de connaître votre protection concernant les soins professionnels (<i>chiropraticien, physiothérapeute et autres</i>)	MONTANT TOTAL DE VOS REÇUS DE SOINS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX _____ \$
	SOINS VISUELS	Les reçus doivent indiquer le nom et l'adresse du spécialiste et indiquer séparément les coûts des lentilles cornéennes, des verres correcteurs, de la monture, de l'examen de la vue et la date de celui-ci.	MONTANT TOTAL DE VOS REÇUS DE SOINS VISUELS _____ \$
	HORS CANADA	Les demandes de règlement de frais médicaux, sauf les médicaments, doivent être soumises en premier lieu au régime d'assurance provincial puis envoyées à la Standard Life avec le relevé de règlement du régime provincial et des copies des reçus. Les reçus doivent indiquer le nom du professionnel, son adresse et numéro de téléphone ainsi que sa spécialité.	
	Raison du déplacement	Date du départ (AAAA/MM/JJ)	Date du retour (AAAA/MM/JJ)
	Dans quel pays les frais ont-ils été encourus ?		
	Ces frais sont-ils couverts en vertu d'une assurance voyage ou autre ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	Les frais engagés étaient-ils attribuables à une urgence ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
V Accident <i>(Si l'accident implique une blessure de nature dentaire, veuillez remplir le formulaire G2018)</i>	Description de l'accident _____ _____ _____		
	Est-ce qu'une partie de ces frais a fait l'objet d'une demande auprès d'un régime gouvernemental (WSIB, CSST, ...) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
VI Contrat ayant un compte de frais médicaux <i>(si applicable)</i>	Désirez-vous que la partie non-remboursée des frais engagés soit considérée pour votre compte de frais médicaux ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Note : Si votre compte de frais médicaux prévoit un remboursement automatique, toute portion non-remboursée sera payée par votre compte de frais médicaux jusqu'à concurrence du maximum de crédits disponibles. Les règles de coordination des prestations s'appliquent.		
VII Autorisation	<i>J'autorise tout professionnel ou établissement public ou privé de santé, pharmacien, régime d'assurance maladie provincial, assureur, employeur ou toute autre personne ou établissement détenant des renseignements médicaux ou financiers à mon sujet à fournir à la Compagnie d'assurance Standard Life du Canada tout renseignement qu'elle jugera nécessaire à l'étude de ma réclamation.</i> <i>J'autorise la Compagnie d'assurance Standard Life du Canada à faire toute vérification ou enquête afin de s'assurer du bien fondé de ma réclamation. J'accepte que les renseignements fournis sur le présent formulaire et lors de réclamations précédentes sous le même régime (si pertinent) soient utilisés par la Standard Life ou ses mandataires pour la gestion de ma demande et pour la production de rapports statistiques.</i> <i>J'accepte que mon numéro d'assurance sociale soit utilisé comme numéro de certificat, et qu'il est de ma responsabilité d'aviser mon administrateur de régime si je ne désire pas que mon numéro d'assurance sociale soit utilisé pour m'identifier.</i> <i>Je confirme être autorisé par mes personnes à charge à agir en leur nom pour toute dépense soumise dans cette réclamation.</i> <i>Je déclare que les renseignements contenus aux présentes sont exacts et complets, et que les montants indiqués sur les reçus et sur le formulaire correspondent exactement aux montants effectivement versés pour les soins reçus. Advenant une fausse déclaration de ma part, la Standard Life rejettera automatiquement la dite demande en totalité ou en partie.</i> <i>Une photocopie de cette autorisation a la même valeur que l'original.</i>		
	Signature du participant	Date	(AAAA/MM/JJ)

Tenir parole, c'est notre promesse.

