

# Assurance-santé personnelle (résidents du Québec) – Confirmation de couverture fournie par un régime de garanties collectives ou la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)



À L'USAGE DU SIÈGE SOCIAL  
Contrat numéro 037000  
Numéro d'identification

Remplir ce formulaire si vous avez présenté une proposition d'Assurance-santé personnelle (ASP) ou de Choix protection-santé CPS) et que vous êtes un résident du Québec. Ce formulaire confirme que vous comprenez les conditions d'admissibilité qui s'appliquent aux résidents du Québec et que vous remplissez ces conditions.

## 1 Renseignements sur le proposant

Prénom du proposant		Nom du proposant		
Adresse (numéro et rue)			Appartement ou bureau	
Ville		Province QC	Code postal	Téléphone
Numéro de référence Web (numéro à 7 chiffres que vous avez obtenu lorsque vous avez transmis votre proposition)			Date de transmission de la proposition (jj-mm-aaaa)	

## 2 Déclaration et autorisation concernant l'Assurance-santé personnelle

Les résidents du Québec doivent être couverts par l'assurance maladie de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour pouvoir souscrire un contrat ASP (Assurance-santé personnelle) ou CPS (Choix protection-santé). Pour être admissibles à l'un ou l'autre de ces deux contrats, ils doivent également être couverts pour les médicaments par le régime collectif d'un employeur ou celui d'un ordre ou d'une association en leur qualité de membres, sinon, par le régime de la RAMQ et ils doivent conserver cette couverture. Une personne qui n'est pas couverte par un régime de garanties collectives ou par le régime de la RAMQ n'est pas admissible à la couverture au titre de ce contrat. Les demandes de règlement de frais de médicaments d'ordonnance doivent être présentées d'abord à votre fournisseur de garanties collectives ou à la RAMQ. Toute portion restante non couverte qui est remboursable au titre du contrat peut alors être présentée à la Financière Sun Life.

Sélectionner la réponse appropriée :

Je confirme que moi-même et, le cas échéant, mon conjoint/les personnes à ma charge, avons l'assurance médicaments de la RAMQ et l'assurance maladie de la RAMQ et que nous conserverons ces couvertures.

Je confirme que moi-même et, le cas échéant, mon conjoint/les personnes à ma charge, avons l'assurance médicaments fournie par un régime de garanties collectives et l'assurance maladie de la RAMQ et que nous conserverons ces couvertures :

Nom du fournisseur de garanties collectives	Numéro du contrat collectif	Numéro du certificat
---	-----------------------------	----------------------

Garanties au titre du régime :

Médicaments d'ordonnance  Oui  Non Soins de santé complémentaires  Oui  Non Soins dentaires  Oui  Non

Prénom du membre de la famille couvert au titre de ce régime collectif	Nom
Prénom du membre de la famille couvert au titre de ce régime collectif	Nom
Prénom du membre de la famille couvert au titre de ce régime collectif	Nom

Je comprends que je dois/nous devons d'abord présenter les demandes de règlement au titre du régime collectif. Toute demande de

PHIRAMQF



## 2 Déclaration et autorisation concernant l'Assurance-santé personnelle (suite)

règlement restante doit être présentée à la Financière Sun Life qui assurera la coordination des prestations.

- Je ne suis pas couvert par le régime d'assurance maladie de la RAMQ et le régime d'assurance médicaments de la RAMQ ni par un régime collectif d'assurance médicaments.

*L'Assurance-santé personnelle et le Choix protection-santé ne remplacent pas le régime de la RAMQ. Par conséquent, vous devez participer au régime de la RAMQ même si vous avez un contrat ASP ou CPS. Vous devez obtenir l'assurance médicaments de la RAMQ si votre couverture au titre de votre régime collectif d'assurance médicaments prend fin et que vous n'avez pas accès à une autre couverture collective pour les médicaments.*

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

## 3 Directives sur l'expédition

Envoyer par la poste ou par télécopieur le présent formulaire dûment rempli à l'adresse ci-dessous.

Pour nous joindre :

**Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie**

Assurance-santé personnelle

227, rue King Sud

C.P. 1601, succ. Waterloo

Waterloo (Ontario) N2J 4C5

Téléphone : 1-877-SUN-LIFE (1-877-786-5433)

Télécopieur : 1-866-487-4745

[www.sunlife.ca](http://www.sunlife.ca)