

Consentement autorisant le Centre de service à la clientèle à communiquer des renseignements personnels dans le cadre de votre régime de garanties collectives

IMPORTANT : Le présent formulaire est facultatif.

Remplissez le présent formulaire si vous, le participant de régime, désirez qu'une personne (votre conjoint, votre conseiller, votre promoteur de régime, un membre de votre famille, etc.) téléphone au Centre de service à la clientèle (CSC) en votre nom. En remplissant le présent formulaire, vous reconnaissez que le CSC est autorisé à communiquer à l'appelant des renseignements personnels vous concernant ainsi que des renseignements relatifs à vos demandes de règlement et/ou à votre couverture. Vous reconnaissez également que le CSC est autorisé à communiquer à l'appelant des renseignements personnels au sujet des personnes à votre charge de moins de 16 ans ainsi que des renseignements relatifs à leurs demandes de règlement et/ou à leur couverture. **Nota :** Le niveau de renseignements communiqués à l'appelant varie en fonction des choix que vous indiquez ci-dessous - veuillez par conséquent lire le formulaire attentivement.

Le présent consentement ne s'applique pas à l'accès Web ni au soutien technique qui y est relié, ni aux renseignements bancaires.

Pour que le CSC puisse communiquer des renseignements personnels au sujet de votre conjoint et/ou des personnes à votre charge (âgés de 16 ans ou plus), ces derniers doivent remplir leur propre formulaire. Veuillez communiquer avec le CSC, au numéro paraissant ci-dessous pour obtenir plus de précisions ou pour demander un exemplaire du formulaire *Consentement autorisant le Centre de service à la clientèle à communiquer des renseignements personnels sur le conjoint ou les enfants à charge de 16 ans ou plus*.

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. Pour en savoir davantage au sujet de nos principes directeurs ainsi que de nos règles en matière de protection des renseignements personnels au Canada, veuillez vous rendre sur le site www.sunlife.ca/confidentialite.

1 Renseignements sur le participant

Assurez-vous de remplir cette section au complet.

| | |
|-------------------------------|-----------------------|
| Nom de famille | Prénom |
| Numéro de contrat | Numéro de participant |
| Numéro de téléphone (le jour) | Adresse électronique |

2 Personne(s) que vous autorisez à recevoir les renseignements personnels vous concernant (le cas échéant)

Remplissez cette section si vous désirez autoriser une personne à avoir accès :

- à vos renseignements personnels et/ou
- aux renseignements personnels des enfants à votre charge (de moins de 16 ans). Veuillez indiquer les noms des enfants à votre charge qui sont concernés :

J'autorise la ou les personnes suivantes à accéder à mes renseignements personnels et/ou aux renseignements personnels des enfants à ma charge (de moins de 16 ans) (cochez toutes les cases qui s'appliquent) :

- Gestionnaire des avantages sociaux de mon employeur
- Conseiller/consultant en avantages sociaux de mon employeur

Assurez-vous de cocher les cases appropriées pour indiquer le ou les types de renseignements personnels visés par l'autorisation donnée à la personne ainsi qu'à quelles fins cette autorisation est donnée.

| | |
|---|---|
| <p>Type de renseignements personnels pouvant être communiqués au gestionnaire des avantages sociaux et/ou au conseiller/consultant en avantages sociaux de mon employeur (cochez toutes les cases qui s'appliquent) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Couverture au titre du régime de garanties collectives <input type="checkbox"/> Demandes de règlement de frais médicaux <ul style="list-style-type: none"> • Cela comprend le nom des médicaments ou les services reçus. <input type="checkbox"/> Demandes de règlement de frais dentaires <ul style="list-style-type: none"> • Cela comprend les soins dentaires effectués. <input type="checkbox"/> Demandes de règlement invalidité <ul style="list-style-type: none"> • Cela ne comprend pas les précisions relatives au diagnostic, au traitement ou aux médicaments. <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser et/ou indiquer toute restriction) : | <p>Aux fins suivantes (cochez toutes les cases qui s'appliquent) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fournir une assistance en cas de différend relativement à une demande de règlement ou si un cas de règlement est porté en appel <input type="checkbox"/> Recevoir des renseignements touchant les règlements en cours <input type="checkbox"/> Obtenir davantage de renseignements en mon nom <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) : <p>Veuillez indiquer toute restriction quant au type de renseignements pouvant être communiqués (le cas échéant) :</p> |
|---|---|

2 Personne(s) que vous autorisez à recevoir les renseignements personnels vous concernant (le cas échéant) suite

Autre (ex. : conjoint) :

1^{re} personne autorisée :

| | | |
|----------------|--------|---------------------------|
| Nom de famille | Prénom | Lien de parenté avec vous |
|----------------|--------|---------------------------|

2^e personne autorisée :

| | | |
|----------------|--------|---------------------------|
| Nom de famille | Prénom | Lien de parenté avec vous |
|----------------|--------|---------------------------|

| | |
|--|---|
| <p>Type de renseignements personnels pouvant être communiqués aux personnes autorisées que j'ai indiquées (cocher toutes les cases qui s'appliquent) :</p> <p><input type="checkbox"/> Couverture au titre du régime de garanties collectives</p> <p><input type="checkbox"/> Demandes de règlement de frais médicaux • Cela comprend le nom des médicaments ou les services reçus.</p> <p><input type="checkbox"/> Demandes de règlement de frais dentaires • Cela comprend les soins dentaires effectués.</p> <p><input type="checkbox"/> Demandes de règlement invalidité • Cela ne comprend pas les précisions relatives au diagnostic, au traitement ou aux médicaments.</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser et/ou indiquer toute restriction) :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Aux fins suivantes (cochez toutes les cases qui s'appliquent) :</p> <p><input type="checkbox"/> Fournir une assistance en cas de différend relativement à une demande de règlement ou si un cas de règlement est porté en appel</p> <p><input type="checkbox"/> Recevoir des renseignements touchant les règlements en cours</p> <p><input type="checkbox"/> Obtenir davantage de renseignements en mon nom</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Veuillez indiquer toute restriction quant au type de renseignements pouvant être communiqués (le cas échéant) :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
|--|---|

3 Autorisation et signature

J'autorise la Sun Life du Canada compagnie d'assurance-vie à communiquer les renseignements personnels me concernant et/ou les renseignements personnels concernant les enfants à ma charge indiqués ci-dessus aux personnes et aux fins indiquées sur le présent formulaire.

Je conviens que toute photocopie ou version électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original. Le présent consentement est valide jusqu'à ce que je le retire par écrit.

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

Veuillez faire parvenir le présent formulaire dûment rempli au Centre de service à la clientèle le plus près de chez vous, par la poste ou par télécopieur. Si vous envoyez ce formulaire accompagné d'une nouvelle demande de règlement, veuillez utiliser l'adresse indiquée sur le formulaire de demande de règlement.

CP 6075 succ CV
Montréal QC H3C 3G5
Tél. : 1 800 361-6212
Télec. : 1 866 366-8618

227 rue King Sud CP 1601
Waterloo ON N2J 1R7
Tél. : 1 800 361-6212
Télec. : 1 866 366-8616