

**Assignment of prescription drug benefits /  
Cession du remboursement des coûts des  
médicaments d'ordonnance**

Pharmacy name, address, and telephone number /  
Nom, adresse et numéro de téléphone de la pharmacie

---

---

---

---

I, \_\_\_\_\_, hereby authorize Sun Life Assurance Company of Canada to issue the reimbursement for my eligible prescription drug claims directly to the pharmacy indicated above.

Je, \_\_\_\_\_, autorise la Sun Life du Canada à verser le règlement de mes médicaments d'ordonnance admissibles directement à la pharmacie ci-haut indiquée.

---

Member signature / Signature du membre

---

Date

---

Daytime telephone number / N° de téléphone de jour