

**Formulaire d'autorisation de paiement par le  
gouvernement et de cession**  
pour des soins médicaux et hospitaliers reçus à l'étranger  
(résidents des Territoires du Nord-Ouest)

*Veillez retourner le présent formulaire d'autorisation de paiement et de cession dûment rempli à la Canada Vie le plus tôt possible afin que votre demande de règlement soit traitée rapidement. Veuillez fournir toutes les données exigées, incluant le numéro du régime de la Canada Vie et votre numéro d'identification, ainsi que la convention autorisant les paiements du régime d'assurance-maladie.*

*Ce formulaire vous sera retourné s'il n'est pas dûment rempli. La production du présent formulaire permettra à la Canada Vie d'effectuer la coordination directe de vos prestations avec celles versées par le régime d'assurance-maladie territorial.*

**À être rempli par le RÉSIDENT/la PERSONNE ASSURÉE**

« Par les présentes, j'autorise que tout paiement des frais admissibles engagés pour des soins médicaux et hospitaliers hors du Canada soit versé directement à La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. »

« Par ailleurs, je consens à endosser tous les chèques dus à la Canada Vie en remboursement de ces dépenses. »

FAIT le \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance-maladie territoriale du patient \_\_\_\_\_

Signature du résident/patient \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Numéro d'identification ou de certificat de la Canada Vie    Numéro du régime de la Canada Vie/de l'employeur