

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

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, y compris 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