

**AUTORISATION ET DEMANDE LIBÉRATOIRE**

*Veillez retourner la présente autorisation et demande libératoire dûment remplie à la Canada Vie dans les meilleurs délais afin que votre demande de règlement soit évaluée sans tarder. La Canada Vie pourra ainsi coordonner ses prestations directement avec celles du régime d'assurance-maladie de votre province.*

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, (le patient) autorise de façon irrévocable le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (MSSLD) à verser directement à La Canada Vie, compagnie d'assurance-vie un paiement relativement à ma demande de règlement visant des soins médicaux reçus à l'étranger; de plus, je libère par les présentes le MSSLD, lors du paiement à La Canada Vie, compagnie d'assurance-vie, de toute action ou cause d'action y afférente.

J'autorise par les présentes le MSSLD de l'Ontario à recueillir de façon directe ou indirecte des renseignements figurant dans les documents relatifs à la demande de règlement, conformément à l'article 39(1) de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* et à l'article c.H.6 de la *Loi sur l'assurance-maladie*, L.R.O. 1990.

J'accepte que le MSSLD de l'Ontario divulgue à La Canada Vie, compagnie d'assurance-vie les renseignements personnels nécessaires au traitement de ma demande de règlement visant des soins médicaux reçus à l'étranger, y compris les détails de tout paiement en double qui m'a déjà été versé directement.

Veillez inscrire tous les renseignements demandés ci-après, incluant le numéro de votre régime de la Canada Vie et votre numéro d'identification. Le présent formulaire sera retourné au demandeur s'il n'est pas rempli correctement.

Date \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature de l'assuré(e) (ou d'une personne en son nom)

\_\_\_\_\_  
Signature (caractères d'imprimerie)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numéro de la carte d'assurance-santé de l'Ontario du patient

--	--

Code de version du patient

\_\_\_\_\_  
Date de naissance du patient

*Veillez si possible joindre une photocopie de votre carte d'assurance-santé de l'Ontario actuelle. Ainsi, la coordination des prestations avec votre régime d'assurance-maladie provincial sera effectuée de façon précise et rapide.*

\_\_\_\_\_  
N° d'identification ou du certificat de la Canada Vie

\_\_\_\_\_  
N° du régime de la Canada Vie/de l'employeur

**RETOURNER À : DEMANDES DE RÈGLEMENT – FRAIS ENGAGÉS À L'ÉTRANGER, COLLECTIVE**