

*Veillez remplir l'annexe A et l'annexe B (ci-jointe) et les retourner  
à la Canada Vie le plus tôt possible pour un prompt examen de votre demande de règlement.  
Ces formulaires seront renvoyés au demandeur s'ils ne sont pas dûment remplis.*

## **Annexe A**

### **CONVENTION DE CESSION DE PRESTATIONS PAYABLES EN VERTU DE LA SASKATCHEWAN MEDICAL CARE INSURANCE ACT OU DE LA SASKATCHEWAN HOSPITALIZATION ACT**

ENTRE : \_\_\_\_\_  
(nom du patient) (« le cédant »), d'une part,

ET LA COMPAGNIE D'ASSURANCE DU CANADA SUR LA VIE  
(« la Canada Vie » ou « le cessionnaire »), d'autre part,

AINSI QUE SA MAJESTÉ LA REINE DU CHEF DE LA PROVINCE  
DE LA SASKATCHEWAN REPRÉSENTÉE PAR LE MINISTRE DE LA SANTÉ  
(« le Ministre »).

ATTENDU QUE le cédant est admissible à des services médicaux assurés au sens de la Saskatchewan Medical Care Insurance Act ou de la Saskatchewan Hospitalization Act ou les deux, et peut, à ce titre, être remboursé par le Ministre pour les services susdits.

ET ATTENDU QUE le cédant est tenu, aux termes d'un contrat avec le cessionnaire, de remettre à celui-ci tout paiement reçu du Ministre pour des services médicaux.

PAR CONSÉQUENT en considérant l'engagement fait envers le cessionnaire, le cédant attribue au cessionnaire toutes sommes d'argent qui lui est dû par le Ministre pour le contrat mentionné ci-dessus. La présente autorise le Ministre à payer lesdites sommes directement au cessionnaire à l'adresse précédemment mentionnée, ou à toute autre adresse désignée par le cessionnaire et, par le paiement de ces sommes, libère le Ministre de tout endettement de ces sommes envers le cédant, ses héritiers, exécuteurs ou administrateurs.

FAIT le \_\_\_\_\_ année \_\_\_\_\_

Signature du cédant \_\_\_\_\_

Signature du TÉMOIN \_\_\_\_\_ Profession \_\_\_\_\_

La CESSION est valable du \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ AU \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(date des premiers et des derniers services visés) jour mois année jour mois année

Numéro du régime de la Canada Vie/Employeur \_\_\_\_\_

Numéro du certificat ou numéro d'identification \_\_\_\_\_

## Annexe B

### **AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_  
(nom du patient)

(OU \_\_\_\_\_  
(si l'assuré est une personne à charge mineure)

parent ou tuteur de \_\_\_\_\_ qui est mineur)

autorise par les présentes le ministère de la Santé à fournir à tout représentant de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie tous les renseignements qu'il possède sur les demandes de règlement présentées et les prestations versées à l'égard de services de santé reçus pendant que j'étais assuré, à partir du \_\_\_\_\_ (date des premiers services visés), y compris les prestations versées et les renseignements sur les demandes de règlement pouvant remonter jusqu'à six mois avant la date des services médicaux susdits. Il s'agit notamment du nom des médecins et des hôpitaux, de la date des services et de la nature des services (hospitalisation, soins externes, physiothérapie, consultation, traitement, radiographie ou service de laboratoire).

FAIT le \_\_\_\_\_ année \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance-maladie de la Saskatchewan \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Numéro de téléphone \_\_\_\_\_