

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

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. Veillez 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/L'ASSURÉ

« 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