Veuillez remplir l'Annexe A et l'Annexe B (ci-jointe) et les retourner à la Great-West 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 GREAT-WEST, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE
(« la Great-West » ou « le Cessionnaire »), d'autre part,

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

ATTENDU QUE le Cédant est admissible à des services assurés au sens de la Saskatchewan Medical Care Insurance Act ou de la Saskatchewan Hospitalization Act 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 ainsi reçu du Ministre,

POUR CES MOTIFS, le Cédant cède par les présentes à la Great-West toutes les sommes qui lui sont dues par le Ministre et qui sont visées par l'obligation susdite. Le Ministre est par les présentes autorisé à verser ces sommes directement au Cessionnaire, à l'adresse indiquée ci-dessus ou à toute autre adresse indiquée par celui-ci. En ce qui concerne les paiements ainsi effectués, le Ministre est entièrement quitte envers le Cédant et ses héritiers ou autres ayants cause.

FAIT le _____

Signature du Cédant _____

TÉMOIN : Signature _____ *Profession* _____

La cession est valable du _____/_____/_____ *AU* _____/_____/_____
(dates des premiers et des derniers services visés) *Jour Mois Année* *Jour Mois Année*

Numéro de certificat ou d'identification de la Great-West _____

N° régime de la Great-West / Employeur _____

©La Great-West, compagnie d'assurance-vie (la Great-West), tous droits réservés. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Great-West est strictement interdite.

Annexe B

AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Je soussigné, _____
(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 Great-West, compagnie d'assurance-vie tous les renseignements qu'il possède à l'égard de demandes de règlement portant sur des services de santé reçus pendant que j'étais assuré, entre le _____ * et le _____ *, y compris les antécédents médicaux et l'état de santé antérieur et postérieur à ces services, peu importe le temps écoulé et le rapport entre ces services et les renseignements fournis.

* Inscrire la date dans l'ordre suivant : jour, mois, année.

FAIT le _____

N° d'identification médical personnel : _____

Signature : _____

Adresse : _____

_____

_____

Téléphone : _____

Effacer