

Veillez remplir l'annexe A et l'annexe B (au verso) 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

ENTRE _____ (« le Résident »),

ET La Great-West, compagnie d'assurance-vie (« l'Assureur »)

AINSI QUE Sa Majesté du chef de l'Alberta, représentée par le ministre de la Santé (« le Ministre »).

ATTENDU QUE le Résident est admissible à des services de santé couverts par le régime d'assurance-maladie de l'Alberta et peut, à ce titre, être remboursé par le Ministre pour ces services;

ATTENDU QUE le Résident est tenu, aux termes d'un contrat avec l'Assureur, de remettre à celui-ci tout paiement ainsi reçu du Ministre;

ET ATTENDU QUE le Résident peut devoir au Ministre des primes d'assurance-maladie selon la Health Insurance Premium Act,

IL EST CONVENU CE QUI SUIT ENTRE LES PARTIES :

1. Sous réserve de l'article 2 ci-après, le Résident cède à l'Assureur toutes les sommes qui lui sont dues par le Ministre et qui sont visées par l'obligation prévue au contrat susdit. Le Ministre est autorisé à verser ces sommes directement à l'Assureur. En ce qui concerne les paiements ainsi effectués, le Ministre est entièrement quitte envers le Résident et ses héritiers ou autres ayants cause.
2. Des sommes ainsi versées à l'Assureur, le Ministre peut déduire tout arriéré de primes dû par le Résident au titre de la Health Insurance Premium Act.
3. La présente convention est valable du _____ au _____
(de la date des premiers services visés à celle des derniers)

FAIT le _____

Signature du Résident _____

Signature du témoin _____

Signature de l'Assureur _____

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

N° de régime de la Great-West / Employeur _____

Annexe B

AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Je soussigné, _____ ,
(le Résident)

(OU _____ ,
(si le patient 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 communicables conformément à la Alberta Health Care Insurance Act à l'égard de demandes de règlement portant sur des services de santé reçus pendant que j'étais assuré, à partir du _____ (date des premiers services visés), peu importe le temps écoulé depuis.

FAIT le _____

Numéro d'assurance-maladie de l'Alberta (Personal Health CardNumber)

Signature _____

Adresse _____

Téléphone _____