

Please complete this Authorization and Release form and return this to Great-West Life as soon as possible to ensure prompt assessment of your claim. This will allow Great-West Life to co-ordinate benefits directly with your Provincial health plan.

I, _____ irrevocably direct and authorize O.H.I.P. to make payment in respect of my claim for out-of-country health services to The Great-West Life Assurance Company directly, and I hereby release O.H.I.P., upon payment to The Great-West Life Assurance Company from any further claim or cause of action in connection therewith.

I hereby consent and authorize O.H.I.P. to directly or indirectly collect information contained in the claim source documents pursuant to Section 39(1) of the *Freedom of Information and Protection of Privacy Act* and Section 4(2)(f) of the *Health Insurance Act*.

I consent to the disclosure of O.H.I.P. to The Great-West Life Assurance Company of such personal information as may be necessarily required for the processing of my claim for out-of-country health services, including the details of any duplicate payment previously made directly to me.

Please provide all of the information requested below, including your Great-West Life Plan and ID Number. This form will be returned to the claimant if not fully completed.

Date: _____ Year _____

Signature of or on Behalf of Insured

Signature Printed

Patient's Ontario Health Insurance Number

Patient's Version Code

Patient's Birthdate

Please attach a photocopy of your current O.H.I.P. Health Card if possible. This will ensure accurate and timely coordination of benefits with your provincial health plan.

Great-West Life I.D./Cert. Number

Great-West Life Plan Number/Employer

RETURN TO: GROUP OUT-OF-COUNTRY CLAIMS

Veillez retourner la présente autorisation et demande libératoire, dûment remplie, le plus tôt possible à la Great-West afin que votre demande de règlement soit évaluée sans tarder. La Great-West pourra en conséquence coordonner ses prestations directement avec celles du régime d'assurance-maladie de votre province.

Je, _____, autorise de façon irrévocable l'Assurance-santé de l'Ontario à verser directement à La Great-West, compagnie d'assurance-vie un paiement relativement à ma demande d'indemnisation visant des soins médicaux reçus à l'étranger; de plus, je libère par les présentes l'Assurance-santé de l'Ontario lors du paiement à La Great-West, compagnie d'assurance-vie de toute action ou cause d'action y afférente.

J'autorise par les présentes l'Assurance-santé de l'Ontario à recueillir de façon directe ou indirecte des renseignements figurant dans les documents relatifs à la demande d'indemnisation, 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 4(2)(f) de la *Loi sur l'assurance-santé*.

J'accepte que l'Assurance-santé de l'Ontario divulgue à La Great-West, compagnie d'assurance-vie les renseignements personnels nécessaires au traitement de ma demande d'indemnisation 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 toutes les données demandées ci-après, incluant le numéro de votre régime de la Great-West et votre numéro d'identification. La présente formule sera envoyée à tout demandeur si elle n'est pas remplie correctement.

Date _____ Année _____

Signature de l'assuré (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-santé provincial sera effectuée de façon précise et rapide.

N° d'identification ou du certificat de la Great-West

N° du régime de la Great-West/de l'employeur

RETOURNER À : SECTION DES FRAIS ENGAGÉS À L'ÉTRANGER