

ENTRE _____, ci-après nommé le **cédant**.

ET Gestion Global Excel inc., ci-après nommé le **cessionnaire**.

ET Sa Majesté la reine, dans les droits de la province de la Colombie-Britannique, dûment représentée par le ministre de la Santé, ci-après nommé le **ministre**.

ATTENDU QUE le cédant est admissible aux services de santé ou aux garanties sous le *Medicare Protection Act* ou le *Hospital Insurance Act* de la province de la Colombie-Britannique et qu'il pourrait recevoir un remboursement du ministre pour ces services.

ATTENDU QUE le cédant s'engage, conformément au contrat d'assurance avec le cessionnaire, à remettre au cessionnaire tous paiements reçus du ministre pour des services de santé.

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.

DATÉ ce _____ jour du mois de _____, 20 _____

SIGNATURE DU CÉDANT _____

Témoin:

Cession: En vigueur du (dates du voyage) (M/J/A) ___/___/___ au (M/J/A) ___/___/___

SIGNATURE DU TÉMOIN _____

PROFESSION DU TÉMOIN _____

Par la présente, je, _____ (ou je, _____ parent/tuteur d'un mineur) consent à et autorise le ministère de la Santé à communiquer à tout représentant de Gestion Global Excel inc. l'information et les dossiers que le ministère de la Santé a en sa possession concernant la demande de règlement pour les services médicaux encourus alors que j'étais couvert par une assurance du (M/J/A) ___/___/___ au (M/J/A) ___/___/___ incluant mon historique médical et ma condition physique avant et après avoir reçu les services médicaux aux dates mentionnées ci-dessus, sans regard au temps écoulé.

DATÉ ce _____ jour du mois de _____, 20 _____

Numéro d'assurance maladie _____

SIGNATURE _____

Adresse _____

Téléphone _____

 For Claim inquiries, call 1-800-336-9224 or 819-566-8698.