

**Veillez faire parvenir votre demande de règlement au Service des indemnités à l'une des adresses indiquées ci-dessous.**

**Questions : 1 844 349-5656 (sans frais)**

Service des indemnités de Terre-Neuve-et-Labrador  
CP 13820 Succursale A  
St John's NL A1B 0S4  
[www.canadavie.com](http://www.canadavie.com)

**Questions : 1 844 349-5656 (sans frais)**

Service des indemnités de Terre-Neuve-et-Labrador  
CP 729 Succursale Main  
Corner Brook NL A2H 6G7  
[www.canadavie.com](http://www.canadavie.com)

**ATTESTATION DE  
TRANSPORT MÉDICAL**

 **Êtes-vous une personne sourde ou malentendante qui veut accéder à un service de relais des télécommunications? Veuillez communiquer avec nous.**  
Ligne ATS vers téléphoniste : 711    Téléphoniste vers ligne ATS : 1 800 855-0511

A - IDENTIFICATION DU PARTICIPANT DE RÉGIME		(À faire remplir par le participant de régime)	
Nom du participant de régime	Prénom		
Numéro du régime <b>168074</b>	Numéro d'identification du participant de régime		
Adresse - numéro, rue, appartement	Ville	Province	Code postal

B - COORDINATION DES PRESTATIONS		(À faire remplir par le participant de régime)	
Remplissez cette partie pour indiquer si vous ou un membre de votre famille avez droit à des prestations aux termes de tout autre régime.	1. Avez-vous droit ou un membre de votre famille a-t-il droit à des prestations de tout autre régime pour les frais présentés au titre de la demande de règlement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, veuillez préciser :		
	Nom de la compagnie d'assurance		
	Numéro du régime		
	Numéro d'identification du participant		
	S'il s'agit du régime du conjoint, veuillez indiquer la date de naissance du conjoint :		
Jour	Mois	Année	

C - DÉCLARATION DU MÉDECIN PRATICIEN		(À faire remplir par le médecin praticien)	
Nom du patient	Prénom		
Date de naissance :	JJ	MM	AAAA
Diagnostic			
Services offerts :			
Ces services sont-ils offerts sur une base continue? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Nom et adresse de l'établissement médical auquel le patient a été orienté :			
S'agit-il de l'établissement médical en mesure de fournir les services requis se trouvant le plus près de la résidence du patient? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Est-il nécessaire qu'une personne accompagne le patient à ce rendez-vous? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Date du rendez-vous :	JJ	MM	AAAA
Nom et prénom du médecin praticien (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE, SVP)			
Signature du médecin praticien		Date	

## D - CONFIRMATION, AUTORISATION ET SIGNATURE

À la Canada Vie, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la vie privée. Les renseignements personnels recueillis serviront à l'évaluation de la demande de règlement et à l'administration du régime collectif. Pour obtenir un exemplaire de nos Normes en matière de protection des renseignements personnels ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux prestataires de service), écrivez au chef de la conformité de la Canada Vie ou consultez l'adresse [www.canadavie.com](http://www.canadavie.com).

J'autorise la Canada Vie, tout prestataire de soins de santé, le gestionnaire du régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout prestataire de services travaillant avec la Canada Vie, situés au Canada ou à l'étranger, à échanger les renseignements personnels nécessaires aux fins précitées. Il est entendu que les renseignements personnels peuvent être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger. J'atteste que les renseignements donnés sont à ma connaissance véridiques, corrects et complets. Je consens également à ce que la Canada Vie et ses sociétés affiliées utilisent mes renseignements personnels à des fins de gestion et d'analyse des données internes.

\_\_\_\_\_  
Signature du participant de régime

\_\_\_\_\_  
Date