

644, RUE MAIN CP 220 MONCTON NB E1C 8L3
230, AVE BROWNLOW - DARTMOUTH CP 2200 HALIFAX NS B3J 3C6
TÉL. : 1-800-667-4511 TÉLÉCOPIEUR : 506-867-4651

POUR INFORMATION :

Administrateur, C/O East Coast Care, CP 7033, Beresford NB E8K 3X7
Téléphone : 1-506-545-6644 N° sans frais : 1-888-245-3211 Télécopieur : 1-506-546-6644

Instructions

- 1) Veuillez remplir TOUS les champs obligatoires.
- 2) Statut de personne à charge : E - Étudiant, si la personne à charge étudie dans une école reconnue, un collège ou une université.
S - Spécial, si la personne souffre d'une incapacité physique ou mentale.

Si vous êtes déjà couvert au titre d'un régime de Croix Bleue Medavie, prière de l'indiquer.

Numéro de la police :

Numéro d'ID :

Demande d'adhésion

Protection demandée : individuelle familiale Garanties de base demandées : soins de santé soins dentaires

Langue de correspondance : français anglais

À ÊTRE REMPLIE PAR LE DEMANDEUR

Nom de famille :

Adresse du demandeur (rue et n°) :

Ville ou village :

Province :

Code postal :

N° de téléphone (Veuillez inclure code régional) :

INSCRIPTION INDIVIDUELLE

Demandeur :

Prénom :

Initiales :

Nom de famille (s'il diffère de celui du demandeur*) :

Sexe : Homme Femme

Date de naissance (JJ/MM/AA) :

Conjoint(e) :

Prénom :

Initiales :

Nom de famille (s'il diffère de celui du demandeur*) :

Sexe : Homme Femme

Date de naissance (JJ/MM/AA) :

Enfants :

Prénom :

Initiales :

Nom de famille (s'il diffère de celui du demandeur*) :

Sexe : Homme Femme

Date de naissance (JJ/MM/AA) :

Statut de personne à charge E – Étudiant (Collège / Université) S – Spécial :

Enfants :

Prénom :

Initiales :

Nom de famille (s'il diffère de celui du demandeur*) :

Sexe : Homme Femme

Date de naissance (JJ/MM/AA) : Statut de personne à charge E – Étudiant (Collège

/ Université) S – Spécial :

Enfants :

Prénom :

Initiales :

Nom de famille (s'il diffère de celui du demandeur*) :

Sexe : Homme Femme

Date de naissance (JJ/MM/AA) :

Statut de personne à charge E – Étudiant (Collège / Université) S – Spécial :

* SI LE DEMANDEUR ET LE (LA) CONJOINT(E) NE SONT PAS MARIÉS LÉGALEMENT, VEUILLEZ INDIQUER LA DATE DU DÉBUT DE LA COHABITATION :

AUTRE PROTECTIONVous ou la (les) personne(s) à votre charge êtes-vous assuré(s) par un autre assureur ? Oui Non **Si la réponse est oui, précisez :**Nom de l'autre assureur : Date d'effet de la protection : N° d'ID / de certificat : N° de police :

L'autre protection s'applique-t-elle à une protection pour personne seule ou pour une famille? Veuillez indiquer le type de protection par un S (personne seule) ou par un F (famille), selon les garanties.

Type de protection :

Tous Hospitalisation Soins de santé complémentaires Soins de la vue Médicaments Soins dentaires **RENONCIATION AUX GARANTIES - On m'a donné l'occasion de présenter une demande d'adhésion mais je ne désire pas la protection. Je comprends que je ne pourrai pas m'inscrire à ces régimes à une date ultérieure sans l'autorisation de mon employeur et de Croix Bleue Medavie.** Renonce seulement à Renonce à toutes les garantiesRaison : Signature de l'employé(e) : Date :

J'autorise Croix Bleue à recueillir, à utiliser et à divulguer mes renseignements personnels.

Je comprends que les renseignements personnels fournis ainsi que tous les autres renseignements personnels déjà communiqués ou recueillis plus tard par Croix Bleue Medavie ou la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada peuvent être recueillis, utilisés ou communiqués pour administrer les modalités de ma police ou de la police collective dont je suis un membre admissible, pour me recommander des produits et des services et pour gérer les affaires de Croix Bleue. Selon le type de protection que je souscris, certains renseignements personnels peuvent être recueillis auprès d'une tierce partie ou communiqués à cette dernière. Ces tierces parties comprennent les autres sociétés Croix Bleue, les professionnels de la santé ou les établissements de santé, les fournisseurs d'assurance-vie ou de protection-santé, le gouvernement et les autorités de réglementation, ainsi que d'autres tierces parties lorsque nécessaire pour administrer les produits et services assurés en vertu de la police collective dont je suis un membre admissible.

Je comprends que mes renseignements personnels demeureront confidentiels et qu'ils sont protégés. Je comprends que je peux annuler mon consentement en tout temps. Toutefois, si je refuse de donner mon consentement, Croix Bleue pourrait ne pas me fournir la protection ou les prestations demandées. Je comprends la raison pour laquelle mes renseignements personnels sont requis et je suis conscient(e) des risques et des avantages d'accepter ou de refuser qu'ils soient divulgués.

Une photocopie de cette autorisation est tout aussi valide que l'original. Le présent document de consentement respecte les lois fédérales et provinciales en matière de protection des renseignements personnels. Pour de plus amples renseignements sur les politiques de Croix Bleue Medavie en matière de protection des renseignements personnels, veuillez visiter le www.medavie.croixbleue.ca ou appeler le 1-800-667-4511.

Signature de l'employé(e) : Date : **À ÊTRE REMPLIE PAR L'EMPLOYEUR**Nom de l'association : Numéro de police et de section : Catégorie de protection – soins de santé ou soins dentaires : Emploi : Date d'effet de la protection (JJ/MM/AA) : Date de l'adhésion (JJ/MM/AA) : Heures de travail / semaine N° de la paie : **SOU MIS ÉLECTRONIQUEMENT LE (JJ/MM/AA) :** **NUMÉRO D'ID :**