

644, RUE MAIN CP 220 MONCTON (NB) E1C 8L3
 230, AVE BROWNLOW - DARTMOUTH CP 2200 HALIFAX (NS) B3J 3C6
 POUR EN SAVOIR PLUS : TÉL 1-800-667-4511 TÉLÉCOPIEUR : 506-869-9653

CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE POUR QUE LES MODIFICATIONS SOIENT EFFECTUÉES.

N° d'identification _____
 N° de la police et de la section _____
 Nom de famille _____

Instructions :

- L'information sur le salaire est seulement requise pour des modifications à une assurance vie ou à une assurance salaire.
- L'employeur doit envoyer l'original et garder la deuxième copie.
- Le formulaire «Déclaration de santé - Assurance vie collective facultative» doit être rempli lorsqu'on demande un AJOUT ou une MODIFICATION à l'assurance vie facultative. Le montant réel de protection doit être indiqué (pas le montant de l'augmentation ou de la diminution).

GENRE DE MODIFICATION - COCHER (✓)

Adresse État civil Bénéficiaire Quitté l'emploi Annulation de garanties : Raison _____
 Téléphone Salaire Retraite personne(s) à charge Ajout de garanties : Raison _____
 Prestations Décès Emploi Mutation Autre _____

REMPILIR SEULEMENT LES SECTIONS TOUCHÉES PAR LA MODIFICATION ET SIGNER

Nom de famille de l'employé(e)	PRÉNOM	INITIALE	Nom de famille, s'il diffère de celui du demandeur*	SEXE H/F	Date de naissance			État de pers. à charge	A-ajout C-modification D-suppression
Adresse - rue & n°	Employé(e)				JJ	MM	AA	E- Étudiant (collège/université) S- Spécial	
Ville ou village	Conjoint(e)								
Province	Enfant(s)								
Code postal	Je désire recevoir la correspondance en		* SI LE DEMANDEUR ET LE (LA) CONJOINT(E) NE SONT PAS MARIÉS LÉGALEMENT, VEUILLEZ INDIQUER LA DATE DU DÉBUT DE LA COHABITATION.						
	<input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais								

AUTRE PROTECTION

Vous ou la (les) personne(s) à votre charge êtes-vous assuré(s) par un autre assureur? Oui Non

Nom de l'autre assureur : _____

Date d'effet de la protection : _____

N° de police : _____ N° d'ID : _____

Titulaire de la police : _____

Type de protection : Hôpital Soins de la vue Soins de santé complémentaires
 Médicaments Soins dentaires Tous

Si la réponse est oui, précisez

Nom de la (des) personnes assurée(s) en vertu de cette police	Date de naissance		
	Jour	Mois	Année

PROTECTION DE BASE AJOUT MODIFICATION SUPPRESSION

Assurance vie Assurance vie des personnes à charge
 Invalidité de longue durée Santé D et MA
 Invalidité de courte durée Maladies graves Dentaire
 L'assurance vie des personnes à charge est automatiquement incluse si vous indiquez la situation familiale et les personnes à charge admissibles.

MODIFICATION D'ÉTAT

Personne seule
 Familial

PROTECTIONS FACULTATIVES AJOUT MODIFICATION SUPPRESSION

Vie (indiquer montant total) Employé(e) _____ \$ Conjoint(e) _____ \$
 D&MA (indiquer montant total) Personne seule Familiale _____ \$
 Assurance vie enfant à charge OUI NON

CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE - Conformément aux conditions du contrat collectif d'assurance vie entre l'employeur nommé ci-dessous et la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada, je révoque toute nomination antérieure de bénéficiaire et nomme par la présente la (les) personne(s) suivante(s) comme bénéficiaire(s) admissible(s) à recevoir les montants payables à mon décès.

Nom de famille	Prénom	Pourcentage	Lien de parenté	Révocable	Irrévocable
1. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Doit totaliser 100 %)

Pour les bénéficiaires désignés de moins de 18 ans : Je nomme _____ administrateur(trice) de tout montant à verser à un bénéficiaire considéré mineur dans sa province de résidence.

Sauf dans le cas d'une désignation irrévocable, vous pouvez changer le bénéficiaire en tout temps sans son consentement.

AU QUÉBEC, la désignation de votre conjoint(e) comme bénéficiaire est jugée irrévocable à moins d'indication contraire.

Pour la province du Québec - Lorsque le bénéficiaire de la police d'assurance vie est mineur au moment du décès de l'assuré, Croix Bleue Medavie paiera la somme assurée au(x) parent(s) (ou à un autre tuteur légal, le cas échéant), et non à une autre personne qui aurait pu être nommée administrateur/fiduciaire. Si vous souhaitez nommer une autre personne pour administrer la prestation versée à l'enfant, assurez-vous de l'avoir indiqué correctement dans votre testament. Vous voudrez peut-être aussi consulter un conseiller juridique afin de déterminer quelles mesures vous pourriez prendre pour que votre planification successorale réponde à vos besoins.

MODIFICATION À L'ÉTAT CIVIL - Lorsqu'un(e) employé(e) demande le transfert de la protection individuelle à familiale dans les 31 jours qui suivent son mariage, la protection familiale entrera en vigueur selon les modalités du contrat collectif de Croix Bleue Medavie. Si plus de 31 jours se sont écoulés, une déclaration de bonne santé pourrait être exigée.

Date de modification à l'état civil :

Si le (la) conjoint(e) a déjà une protection Croix Bleue Medavie, prière d'indiquer :

JJ _____ MM _____ AA _____ N° de la police _____ N° d'identification _____ Nom de famille _____

AUTORISATION DE LA MODIFICATION - Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts et j'autorise les retenues salariales, au besoin. J'autorise Croix Bleue à faire la collecte, l'utilisation et la divulgation de mes renseignements personnels, tel qu'il est indiqué dans l'énoncé sur la protection des renseignements personnels au verso du présent formulaire.

Signature de l'employé(e) _____ Témoin _____ Date _____

À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

Nom de l'employeur	Numéro de la police et de section	Catégorie de protection - santé ou dentaire	Classification d'employé - Assurance vie ou invalidité	Emploi
Date d'entrée en vigueur de la modification	Remplir pour prestations d'assurance vie et d'invalidité	Heures de travail par semaine	Numéro de feuille de paie (maximum 9 chiffres)	Remplie pour l'employeur par
JJ _____ MM _____ AA _____	Revenu par <input type="checkbox"/> heure <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> année _____ \$	1) _____	2) _____	Signature _____
				Date _____

ÉNONCÉ SUR LA PROTECTION DES 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 adhérent admissible, pour me recommander des produits et des services et gérer les affaires de la Croix Bleue. Selon le type de protection à laquelle 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 adhérent 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, la 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.