

644, RUE MAIN CP 220
MONCTON NB E1C 8L3
TÉL. : 1-800-667-4511
TÉLEC. : 1-800-644-1722

230 AVE BROWNLOW - DARTMOUTH
CP 2200 HALIFAX NS B3J 3C6
TÉL. : 1-800-667-4511
TÉLEC. : 1-800-644-1722

CP 2000 185 THE WEST MALL BUREAU 1200
ETOBICOKE ON M9C 5P1
TÉL. : 1-800-355-9133
TÉLEC. : 416-626-0400

CP 668 SUCCURSALE B
MONTRÉAL QC H3B 3K3
TÉL. : 1-800-456-6595
TÉLEC. : 1-844-244-8198
salaire@medavie.croixbleue.ca

Faire une fausse déclaration ou une déclaration qui induit en erreur dans une demande d'adhésion est une offense grave. Toutes les cases ci-dessous doivent être remplies et doivent contenir des renseignements véridiques. Vous devez aussi remplir le questionnaire sur la formation et l'expérience de travail, au verso. S'il manque des informations, le traitement de votre demande pourrait être retardé.

Vous devez informer Croix Bleue Medavie de tout changement qui pourrait influencer votre admissibilité aux garanties : amélioration de votre état de santé, retour au travail, programme d'entraînement ou programme de réadaptation.

Nom : <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme			Date de naissance		
Nom de famille	Prénom	Initiales	AAAA	MM	JJ
Adresse : _____			Code postal : _____		
_____			Téléphone : () _____		
Si votre condition a été causée par un accident, inscrivez la date et la description de l'accident : _____					

Quelle est la nature de votre état de santé actuel? _____					
Quel traitement suivez-vous actuellement? _____					
Quel médicament prenez-vous actuellement? _____					
Avez-vous déjà souffert d'une condition semblable? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, inscrivez la date et la description : _____					

Souffrez-vous d'autres conditions actuellement? _____					
Indiquez la date de début de la condition et les raisons pour lesquelles elle vous empêche de travailler _____					

Indiquez le nom du médecin qui traite votre condition actuelle et le nom de tous les praticiens qui vous ont traité au cours des trois dernières années (joignez une liste s'il manque d'espace).					
Médecin ou hôpital (Nom et lieu)	Raison	Date de votre première visite (AAAA/MM/JJ)	Date de votre dernière visite (AAAA/MM/JJ)		
Avez-vous envoyé une demande de prestations à un autre assureur ou recevez-vous des prestations d'une autre source (Commission des accidents du travail, RRQ, assurance automobile, compagnies d'assurance, agences gouvernementales)?					
Nom de la source	Date de la demande (AAAA/MM/JJ)	Montant des prestations	Fréquence des paiements	Début des prestations (AAAA/MM/JJ)	Fin des prestations (AAAA/MM/JJ)

J'autorise les fournisseurs ou l'administrateur de mon régime d'assurance collective à utiliser mon numéro d'assurance sociale en tant que numéro d'identification personnel pour les renseignements sur mes demandes de règlement, les historiques de facturation et mes cotisations aux régimes, pour moi et mes personnes à charge.

Numéro d'assurance sociale : _____

J'autorise par la présente :

Croix Bleue Medavie à demander ou à divulguer des renseignements médicaux liés à mes demandes de règlement à tout médecin autorisé, aux hôpitaux, aux cliniques, aux autres établissements liés aux soins de santé ou aux compagnies d'assurance, aux institutions ou aux personnes pertinentes.

Croix Bleue Medavie à échanger des informations, dont des renseignements psychiatriques ou médicaux, avec tout professionnel de la santé qui fait partie de l'équipe du Programme de gestion intégrée des soins de santé, afin d'aider au processus de traitement des demandes de règlement.

Je comprends que les renseignements personnels fournis dans ce formulaire, ainsi que tout autre renseignement personnel que Croix Bleue Medavie ou la Compagnie d'Assurance-Vie Croix Bleue du Canada détient ou obtiendra à l'avenir, peuvent être recueillis, utilisés ou divulgués afin d'administrer les conditions énoncées dans ma police ou dans la police collective dont je suis membre admissible, pour me recommander des produits et services et pour gérer les affaires de Croix Bleue. Selon le type de protection dont je suis titulaire, des renseignements personnels restreints peuvent être recueillis auprès d'un tiers ou divulgués à ce dernier. Ces tiers comprennent les autres sociétés Croix Bleue, les professionnels de la santé ou les établissements de santé, les fournisseurs d'assurance vie ou d'assurance-maladie, les autorités gouvernementales et les organismes de réglementation, ainsi que d'autres tiers lorsque nécessaires pour administrer les garanties énoncées dans la police dont je suis membre admissible.

Je comprends que mes renseignements personnels demeureront confidentiels et en sûreté. Je comprends que je peux révoquer mon consentement en tout temps. Cependant, si je révoque 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 des risques et des avantages de consentir ou de refuser de consentir à leur divulgation.

J'autorise Croix Bleue Medavie à recueillir, à utiliser et à divulguer mes renseignements personnels comme il est décrit ci-dessus.

Signature _____ Date _____

Une photocopie de cette autorisation est valide au même titre que l'original. Le présent formulaire de consentement respecte les lois fédérales et provinciales. Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet des politiques de Croix Bleue Medavie en matière de protection des renseignements personnels, visitez le site Web www.medavie.croixbleue.ca ou composez le 1-800-667-4511.

FORMATION ET EXPÉRIENCE DE TRAVAIL

Nom de l'employé _____ N° de police _____

Nom de l'entreprise _____ N° d'identification _____

FORMATION

a) Formation officielle (indiquez les écoles, universités, collèges techniques, ainsi que les plus hauts diplômes et certificats atteints)

b) Compétences et formations (inscrivez les formations au travail et les tâches effectuées, les cours par correspondance, les stages, les passe-temps et les intérêts, etc.)

EXPÉRIENCE DE TRAVAIL

Inscrivez tous vos emplois précédents

Nom de l'employeur	Date	Titre du poste

Signature de l'employé

Date