

**Numéro sans frais : 1-844-209-7599**

**Télécopieur : 1-855-551-9984**

**VEUILLEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS.**

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ JJ/MM/AAAA

N° d'assurance-maladie : \_\_\_\_\_

Je désire recevoir ma correspondance en  français  anglais Sexe :  homme  femme

**CHOIX DE LA PROTECTION** - Veuillez consulter la brochure intitulée *Programme de soins de santé pour les aînés de Croix Bleue Medavie* pour obtenir une description détaillée des services assurés. Les montants figurant ci-dessous sont les taux mensuels.

Des délais d'admission s'appliquent pour les garanties Soins dentaires et Hospitalisation. Il pourrait aussi y avoir un délai d'admission d'un an pour certaines garanties Soins de santé si vous ne faites pas une demande d'adhésion dans les 60 jours suivant votre 65<sup>e</sup> anniversaire.

**Veillez cocher toutes les garanties que vous souhaitez ajouter au régime.**

**COUVERTURE POUR SOINS DE SANTÉ**

Les options suivantes n'incluent pas la couverture des médicaments sur ordonnance.

- 12,00 \$ Régime de base de soins de santé
- 22,00 \$ Régime amélioré de soins de santé (comprend tous les services assurés par le Régime de base de soins de santé)
- 31,50 \$ Régime hospitalisation - Remboursement

Les options suivantes sont offertes pour le Régime individuel de soins dentaires (facturé séparément)\* :

- 40,87 \$ **Conjoint** âgé de 55 à 64 ans
- 39,84 \$ **Conjointe** âgée de 55 à 64 ans

\*Si vous êtes âgé de 54 ans ou moins, veuillez communiquer avec nous au 1-844-209-7599 pour connaître les taux.

**RENSEIGNEMENTS SUR LE (LA) CONJOINT(E) AGÉ(E) DE 65 ANS OU PLUS**

Nom du (de la) conjoint(e) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ JJ/MM/AAAA

N° d'assurance-maladie : \_\_\_\_\_

**MODALITÉS DE PAIEMENT - Voir au verso.**

Avez-vous récemment été couvert(e) par un autre régime de soins de santé complémentaires, par exemple pour les soins de la vue ou la physiothérapie?  oui  non

Étiez-vous couvert en vertu d'une garantie soins dentaires au cours des trois derniers mois?  oui  non

Dans l'affirmative, date d'expiration de ce régime : \_\_\_\_\_ JJ/MM/AA

Votre couverture entre en vigueur le premier jour du mois de votre 65<sup>e</sup> anniversaire de votre conjoint(e), sauf si vous êtes un adhérent tardif ou si vous avez demandé une date d'effet différente.

**Date de prise d'effet demandée** : Veuillez commencer la protection le 1<sup>er</sup> (mois/année) \_\_\_\_\_ Mois/Année

Je demande, par la présente, la protection indiquée ci-dessus.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ JJ/MM/AAAA

## MODALITÉS DE PAIEMENT

- Prélèvements automatiques mensuels** : Veuillez remplir l'entente suivante relative aux prélèvements automatiques (signez, datez et joignez un chèque annulé)

J'autorise Croix Bleue Medavie et l'institution financière désignée (ou toute autre institution financière que je pourrais autoriser en tout temps) à commencer le prélèvement, selon mes instructions, des versements périodiques ou des versements uniques occasionnels pour le paiement des primes d'assurance. Des paiements mensuels réguliers seront prélevés du compte que j'ai précisé le premier jour ouvrable de chaque mois. *Croix Bleue Medavie ne donnera pas de préavis chaque mois, mais donnera un préavis de 30 jours si la déduction est susceptible de changer.* Croix Bleue Medavie obtiendra mon autorisation pour d'autres prélèvements uniques ou sporadiques. Croix Bleue Medavie exige un avis écrit pour les changements apportés aux renseignements bancaires.

Cette autorisation demeure valide jusqu'à ce que Croix Bleue Medavie reçoive un avis écrit de ma part si des changements y sont apportés ou si elle est annulée. Cet avis doit être reçu au moins trente (30) jours ouvrables avant la date prévue du prochain prélèvement. Il doit être envoyé au Régime de soins de santé pour les aînés de Croix Bleue Medavie. Je peux obtenir un spécimen de formulaire d'annulation ou plus de renseignements sur mon droit d'annuler l'entente relative aux prélèvements automatiques auprès de mon institution financière ou en visitant le [www.paiements.ca](http://www.paiements.ca).

J'ai certains droits de recours advenant qu'un prélèvement ne soit pas conforme à cette entente. Par exemple, j'ai le droit de recevoir un remboursement pour un prélèvement automatique non autorisé ou non conforme à la présente entente. Pour obtenir un formulaire de demande de remboursement, ou pour obtenir plus de renseignements sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter le [www.paiements.ca](http://www.paiements.ca).

**Signature autorisée** : \_\_\_\_\_

**DATE** : \_\_\_\_\_ JJ/MM/AA      Type de service :     Personnel     Affaires

**Veillez joindre un chèque annulé au formulaire** (paiements par carte de crédit non acceptés)  
(CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Institution financière (IF) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Numéro transitaire de l'IF : 

--	--	--	--	--

 ; 

--	--	--

 (succursale-5 chiffres ; IF-3 chiffres)

Numéro de compte de l'IF : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Souhaitez-vous que le remboursement de vos demandes de règlement soit déposé automatiquement dans le même compte?     Oui     Non

Si quelqu'un d'autre que le propriétaire de la police paiera les primes, veuillez indiquer ses renseignements bancaires ci-dessus et inscrire ses renseignements personnels ci-dessous :

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : (travail) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (domicile) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### ESPACE RÉSERVÉ À L'USAGE DU BUREAU

En ma qualité d'agent représentant de Croix Bleue Medavie, je déclare avoir mentionné au demandeur l'importance de divulguer de façon complète et exacte les faits relatifs à la présente demande de protection et de l'avoir informé qu'advenant une déclaration inexacte ou une omission, Croix Bleue Medavie pourrait avoir le droit d'annuler le contrat d'assurance et de refuser de verser des prestations payables en application de la police. J'ai indiqué la ou les compagnies que je représente ainsi que tout conflit d'intérêt que ces dernières pourraient avoir avec cette transaction. J'ai aussi indiqué qu'il est possible que je reçoive un salaire, des commissions ou autres formes de rémunération pour la vente de produits d'assurance des compagnies en question.

Nom de l'agent : \_\_\_\_\_ N° de l'agent : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Numéro de télécopieur : \_\_\_\_\_

Adresse de courriel : \_\_\_\_\_

Signature de l'agent : \_\_\_\_\_

