

644, RUE MAIN CP 220
MONCTON NB E1C 8L3
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLÉC. : 1-800-644-1722
absence@medavie.ca

230 AVENUE BROWNLOW - DARTMOUTH
CP 2200 HALIFAX NS B3J 3C6
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLÉC. : 1-800-644-1722
absence@medavie.ca

CP 2000 185 THE WEST MALL BUREAU 1200
ÉTOBICOKE ON M9C 5P1
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLÉC. : 1-800-644-1722
absence@medavie.ca

1981, AVENUE MCGILL COLLEGE, BUREAU 100
MONTRÉAL QC H3A 3A7
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLÉC. : 1-800-644-1722
absence@medavie.ca

Veuillez également demander à l'administrateur du groupe de remplir la déclaration de l'employeur, FORM-1143, et de la soumettre à Croix Bleue Medavie.

Le masculin est utilisé dans le présent document de façon neutre dans le but d'alléger le texte et d'en faciliter la lecture.

DECLARATION DU DEMANDEUR

En plus de remplir le présent formulaire, veuillez faire remplir la Déclaration du médecin traitant - Prestations pour état critique FORM-149(F) par votre médecin traitant. En cas de diagnostic de cancer, veuillez annexer une copie du rapport de pathologie à votre demande de prestations.

Nom de l'employé : _____ Date de naissance de l'employé (JJ/MM/AAAA) : _____

Numéro de police : _____ Cette demande de règlement concerne-t-elle une personne à charge? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, nom de la personne à charge : _____

Si oui, date de naissance de la personne à charge (JJ/MM/AAAA) : _____

Adresse : _____ Adresse courriel : _____

Ville : _____ Code postal : _____ Numéro de téléphone : _____

Date de l'apparition du problème de santé (JJ/MM/AAAA) : _____

Avez-vous souffert de ce problème avant? ☐ Oui ☐ Non Quand? (JJ/MM/AAAA): _____

Décrivez le problème de santé : _____

Veuillez indiquer le nom de tous les médecins qui vous ont traité pour ce problème de santé : _____

Nom du ou des hôpitaux où vous avez été traité : _____

RENSEIGNEMENTS SUR L'INSTITUTION FINANCIÈRE

VEUILLEZ JOINDRE UN CHÈQUE SPÉCIMEN OU UNE COPIE ÉLECTRONIQUE DE VOTRE FORMULAIRE DE DÉPÔT DIRECT.

AUTORISATION DU DEMANDEUR

Je comprends que les renseignements personnels que j'ai fournis dans le présent formulaire sont recueillis et utilisés par Croix Bleue Medavie pour administrer les modalités de ma police ou de la police d'assurance collective à laquelle j'adhère, pour me recommander des produits et des services auxquels je suis admissible en raison de mon adhésion à une police, ainsi que pour d'autres fins applicables, tel qu'il est décrit dans l'Énoncé sur la protection des renseignements personnels de Croix Bleue Medavie à cbmedavie.ca.

Selon le type de couverture que je souscris, certains renseignements personnels, par exemple des données sur mes demandes de règlement ou ma santé ou encore des données financières, pourraient être recueillis auprès de tiers ou leur être communiqués, afin d'administrer et de gérer les garanties énoncées dans la police à laquelle j'adhère. Ces tiers peuvent comprendre des fournisseurs de soins de santé, d'autres compagnies d'assurance, des organismes de réglementation et d'enquête, des fournisseurs de services et le ou la titulaire de carte de tout contrat auquel j'adhère.

Si la loi le permet, mes renseignements personnels peuvent être transmis à des employés de Croix Bleue Medavie ou à des fournisseurs de services dans une province autre que celle où ces données ont été recueillies. Si je réside au Québec, mes renseignements personnels pourraient être transférés ou divulgués à des employés de Croix Bleue Medavie ou à des fournisseurs de services hors Québec.

Je comprends que mon consentement n'est valide que lorsqu'il est nécessaire pour les besoins décrits dans le présent document, à moins que je ne le retire. Je comprends que je peux retirer mon consentement en tout temps. Cependant, dans certaines circonstances, une telle action pourrait empêcher Croix Bleue Medavie de me fournir certains produits ou services qui pourraient nous être utiles, à moi et à mes personnes à charge. Le présent document de consentement respecte les lois fédérales et provinciales en matière de protection des renseignements personnels.

Si vous avez des préoccupations ou des questions ou souhaitez en savoir plus sur nos pratiques en matière de renseignements, y compris sur la façon dont vos renseignements personnels sont protégés et sur la marche à suivre pour consulter ou corriger vos renseignements personnels, veuillez lire l'Énoncé sur la protection des renseignements personnels de Croix Bleue Medavie à cbmedavie.ca ou composer le 1-800-667-4511.

Daté à _____ en ce _____ jour de _____ de l'an _____

Signature du témoin : _____

Signature du demandeur : _____

(si le demandeur a moins de 18 ans, la signature du titulaire de police, d'un parent ou d'un tuteur est exigée.)

Une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.