

**VEUILLEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS.**

Nom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Téléphone : _____ Date de naissance : _____

N° d'assurance-maladie : _____ JJ/MM/AAAA

N° d'assurance sociale : _____

Je désire recevoir ma correspondance en : français anglaisÊtes-vous actuellement couvert par un régime d'assurance médicaments ou avez-vous récemment été couvert par un tel régime? oui non

Dans l'affirmative, date d'expiration de ce régime : _____

JJ/MM/AAAA

Veillez indiquer à quel moment vous souhaitez que votre couverture commence : Le mois de votre 65^e anniversaire Le mois suivant votre 65^e anniversaire Le mois suivant la cessation de votre couverture actuelle/précédente *Autre. Précisez : _____

*Un questionnaire médical dûment rempli est exigé.

TAUX DE COUVERTURE DES MÉDICAMENTS**125,00 \$ par mois Plan de médicaments sur ordonnance de Croix Bleue Medavie à l'intention des aînés****15 \$ quote-part par ordonnance****ENTENTE ET CONSENTEMENT**

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 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 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. Ces renseignements sont recueillis en vertu de la Loi sur la gratuité des médicaments sur ordonnance, LN-B 1975, c P-15.01, art 2. Ils seront utilisés et divulgués aux fins de l'administration du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick. Ils peuvent être utilisés et divulgués conformément à la Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé, LN-B 2009, c P-7.05. Pour obtenir de plus amples renseignements concernant la collecte et l'utilisation de renseignements personnels, visitez le site Web www.gnb.ca/santevieprivee, ou contactez le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick au numéro de téléphone 1-800-332-3692.

Signature _____ Date de la signature _____

JJ/MM/AAAA

SUITE AU VERSO

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.

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.

RENSEIGNEMENTS BANCAIRES : veuillez **joindre un chèque portant la mention « annulé » ou un formulaire d'autorisation de prélèvement automatique/dépôt direct de votre institution financière**, et signer ci-dessous. Veuillez joindre le chèque annulé à une feuille séparée.

Signature du titulaire du compte bancaire : _____ Date de la signature : _____
JJ/MM/AAAA

Si c'est quelqu'un d'autre que le demandeur ou son(sa) conjoint(e) qui paiera les primes, veuillez lui faire **joindre un chèque portant la mention « annulé » ou un formulaire d'autorisation de prélèvement automatique/dépôt direct de son institution financière**, et remplir les renseignements ci-dessous :

Nom de famille : _____ Prénom : _____ Initiale : _____

Adresse (numéro et rue) : _____ App. : _____

Ville/village : _____ Province : _____ Code postal : _____

Numéro de téléphone : _____ Autre numéro (p. ex. cellulaire) : _____

Signature du titulaire du compte bancaire : _____ Date de la signature : _____
JJ/MM/AAAA