## **DEMANDE D'ADHÉSION**

N° sans frais : 1-800-332-3692

## E1C 8L3 POUR LES AÎNÉS Télécopieur: 1-888-455-8322 **VEUILLEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS.** Nom: Adresse: Code postal : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Téléphone : Nº d'assurance-maladie : \_\_\_\_\_\_ Nº d'assurance sociale : anglais Étes-vous actuellement couvert par un régime d'assurance médicaments ou avez-vous récemment été couvert par un tel régime? □ oui □ non Veuillez indiquer à quel moment vous souhaitez que votre couverture commence : ☐ Le mois de votre 65e anniversaire ☐ Le mois suivant votre 65e 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 Plan de médicaments sur ordonnance de Croix Bleue Medavie à 140,00 \$ par mois 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. 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 site cbmedavie.ca ou appeler au 1-888-919-7378.

	Date de	
Signature <sub>-</sub>	la signature .	
		JJ/MM/AAAA

- SUITE AU VERSO -

•	<b>ile :</b> Valillaz ramnlır l'antanta cilivant			
□ 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'institut que je pourrais autoriser en tout temps) à versements périodiques ou des versement d'assurance. Des paiements mensuels répremier jour ouvrable de chaque mois. Crimais donnera un préavis de 30 jours si la obtiendra mon autorisation pour d'autres pexige un avis écrit pour les changements	n commencer le prélèvement, selon ments uniques occasionnels pour le paie guliers seront prélevés du compte que roix Bleue Medavie ne donnera pas de déduction est susceptible de change prélèvements uniques ou sporadique	nes instructions, des ment des primes ne j'ai précisé le de préavis chaque mois, er. Croix Bleue Medavie s. Croix Bleue Medavie		
Cette autorisation demeure valide jusqu'à part si des changements y sont apportés trente (30) jours ouvrables avant la date prégime de soins de santé pour les aînés de formulaire d'annulation ou plus de rens prélèvements automatiques auprès de montre de la company de	ou si elle est annulée. Cet avis doit ê prévue du prochain prélèvement. Il do de Croix Bleue Medavie. Je peux ob seignements sur mon droit d'annuler	etre reçu au moins bit être envoyé au tenir un spécimen l'entente relative aux		
J'ai certains droits de recours advenant que exemple, j'ai le droit de recevoir un rembo ou non conforme à la présente entente. P ou pour obtenir plus de renseignements s institution financière ou visiter le www.paie	oursement pour un prélèvement autor Pour obtenir un formulaire de demand sur mes droits de recours, je peux co	matique non autorisé e de remboursement,		
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.				
	Joindre le cheque annule à une feuil			
Signature du titulaire	Date de la	le séparée.		
Signature du titulaire du compte bancaire :	Date de la	le séparée.		
Signature du titulaire du compte bancaire :	Date de la	le séparée.		
Signature du titulaire du compte bancaire :  Si c'est quelqu'un d'autre que le demande lui faire joindre un chèque portant la me prélèvement automatique/dépôt direct de ci-dessous :	Date de la signature : eur ou son(sa) conjoint(e) qui paiera le ention « annulé » ou un formulaire	JJ/MM/AAAA es primes, veuillez d'autorisation de		
Si c'est quelqu'un d'autre que le demande lui faire joindre un chèque portant la me prélèvement automatique/dépôt direct de la company de la c	Date de la signature : eur ou son(sa) conjoint(e) qui paiera le ention « annulé » ou un formulaire de son institution financière, et rem	JJ/MM/AAAA es primes, veuillez d'autorisation de uplir les renseignements		
du compte bancaire :  Si c'est quelqu'un d'autre que le demande lui faire joindre un chèque portant la me prélèvement automatique/dépôt direct ci-dessous :	Date de la signature : eur ou son(sa) conjoint(e) qui paiera le ention « annulé » ou un formulaire de son institution financière, et rem Prénom :	JJ/MM/AAAA es primes, veuillez d'autorisation de aplir les renseignements Initiale :		
Si c'est quelqu'un d'autre que le demander lui faire joindre un chèque portant la me prélèvement automatique/dépôt direct ci-dessous :  Nom de famille :	Date de la signature : eur ou son(sa) conjoint(e) qui paiera le ention « annulé » ou un formulaire de son institution financière, et rem Prénom :	JJ/MM/AAAA es primes, veuillez d'autorisation de uplir les renseignements Initiale :		
Si c'est quelqu'un d'autre que le demande lui faire joindre un chèque portant la me prélèvement automatique/dépôt direct ci-dessous :  Nom de famille :	Date de la signature :	JJ/MM/AAAA es primes, veuillez d'autorisation de aplir les renseignements Initiale : App. :		
Si c'est quelqu'un d'autre que le demande lui faire joindre un chèque portant la me prélèvement automatique/dépôt direct ci-dessous :  Nom de famille :  Adresse (numéro et rue) :  Ville/village :	Date de la signature : eur ou son(sa) conjoint(e) qui paiera le sention « annulé » ou un formulaire de son institution financière, et rem Prénom : Code Code Autre numéro (p. ex. cellulaire)	JJ/MM/AAAA es primes, veuillez d'autorisation de uplir les renseignements Initiale : App. : e postal :		

MODALITÉS DE PAIEMENT ─