

**VEUILLEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS.**

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

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

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

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

N° d'assurance-maladie : \_\_\_\_\_ N° d'assurance sociale : \_\_\_\_\_

Je désire recevoir ma correspondance en  français  anglais

Êtes-vous actuellement couvert(e) par un régime de médicaments sur ordonnance ?  oui  non

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

Date de prise d'effet demandée : Veuillez commencer la protection le 1<sup>er</sup> \_\_\_\_\_ MM/AAAA

**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**

**Veillez remplir le questionnaire médical ci-joint.**

**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 : \_\_\_\_\_ N° d'assurance sociale : \_\_\_\_\_

Si vous désirez la protection du Plan de médicaments sur ordonnance, indiquez le régime couvrant les médicaments sur ordonnance auquel votre conjoint(e) est inscrit(e).

Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

Plan de médicaments sur ordonnance de Croix Bleue Medavie à l'intention des aînés

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

Signature \_\_\_\_\_ Date de \_\_\_\_\_ JJ/MM/AAAA  
du demandeur \_\_\_\_\_ la signature \_\_\_\_\_

**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](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).

---

**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.

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