

Dans ce formulaire, le masculin englobe les deux genres et est utilisé pour alléger le texte.

**A RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉSION**

1 **Date de la demande d'adhésion** (aaaa-mmm-jj) : \_\_\_\_\_ **Date d'effet du programme** (aaaa-mmm-jj) : \_\_\_\_\_

**B RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE**

2 **Nom du client** : \_\_\_\_\_

3 **Indiquez les numéros des polices pour lesquelles la garantie Médecin en ligne doit être ajoutée :**

(Si vous n'avez pas suffisamment d'espace, veuillez indiquer les numéros au Section F) : \_\_\_\_\_

4 **La garantie Médecin en ligne doit-elle être ajoutée à TOUTES les divisions/catégories des polices susmentionnées?**

Oui  Non (indiquez les exceptions ci-dessous ou au n° 14)

5 **Nombre total d'adhérents admissibles à la garantie Médecin en ligne** : \_\_\_\_\_

6 **Quand les nouveaux adhérents sont-ils admissibles?**

à la date d'embauche  à la date d'admissibilité au régime de soins de santé (même lors d'une exemption)

7 **Les adhérents qui bénéficieront de la garantie Médecin en ligne sont-ils actuellement tous couverts par Croix Bleue Medavie?**

Oui  Non\* \*L'accès à la garantie Médecin en ligne fait l'objet d'une vérification de l'admissibilité en temps réel. Les adhérents qui bénéficieront de la garantie Médecin en ligne, mais qui ne souscrivent pas d'assurance doivent être inscrits par le promoteur de régime ou par Croix Bleue Medavie.

8 **Contact principal (reçoit toutes les communications, le matériel informatif et les rapports sur le service Médecin en ligne)**

Nom : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

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

**C RÉPARTITION DES ADHÉRENTS**

9 Remplissez le tableau suivant en indiquant le nombre **approximatif** d'adhérents par province. **Ces renseignements sont nécessaires puisque les médecins doivent être autorisés à pratiquer dans la province de résidence du patient.**

**Nombre d'adhérents par province**

Nouvelle-Écosse		Nouveau-Brunswick		Île-du-Prince-Édouard		Terre-Neuve-et-Labrador	
Québec		Ontario		Manitoba		Saskatchewan	
Alberta		Colombie-Britannique		Yukon		Territoires du Nord-Ouest	

**Nombre total d'adhérents :** \_\_\_\_\_

**D SIGNATURE DU DIRIGEANT HABILITÉ À SIGNER**

10 Au nom de l'entreprise, je consens aux modalités de la garantie Médecin en ligne de Croix Bleue Medavie.

La présente demande d'adhésion est soumise à CROIX BLEUE MEDAVIE pour son produit Médecin en ligne.

i. Cette demande doit être acceptée et la date d'effet approuvée par CROIX BLEUE MEDAVIE.

ii. Des frais mensuels s'appliquent à tous les adhérents admissibles; les prix sont établis selon le nombre d'adhérents admissibles (tel que décrit à la section B), mais la couverture est automatiquement étendue aux personnes à charge admissibles des adhérents.

iii. Aux fins de facturation et de vérification de l'admissibilité, le promoteur de régime comprend que seuls les adhérents inscrits auprès de Croix Bleue Medavie sont admissibles à la garantie Médecin en ligne.

NOUS DÉCLARONS que tous les énoncés, représentations et réponses qui figurent dans le présent formulaire de demande sont en considération du contrat que nous avons conclu avec CROIX BLEUE MEDAVIE et qu'ils représentent le fondement de ce dernier.

Nous attestons que ces déclarations, représentations et réponses sont véridiques et complètes. Nous convenons qu'aucune autre déclaration, représentation ou information ne modifiera ni ne lésera les droits de CROIX BLEUE MEDAVIE. Nous acceptons de fournir à CROIX BLEUE MEDAVIE, sur demande, tous les renseignements sur chaque assuré couvert et admissible à la couverture.

**Dirigeant habilité à signer :**

Nom en caractères d'imprimerie : \_\_\_\_\_ Titre : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date de la signature (aaaa-mmm-jj) : \_\_\_\_\_

**E SECTION À REMPLIR PAR CROIX BLEUE MEDAVIE**

11 Est-ce qu'il s'agit d'un nouveau groupe pour Croix Bleue Medavie?  Oui  Non

**12 Gestionnaire de compte :**

Nom : \_\_\_\_\_ Adresse courriel : \_\_\_\_\_

**Représentant de service :**

Nom : \_\_\_\_\_ Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Conseiller/consultant :  Ne s'applique pas

Nom : \_\_\_\_\_ Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Entreprise : \_\_\_\_\_ Code d'agent ou de courtier : \_\_\_\_\_

Pourcentage de cotisation du promoteur de régime/de l'adhérent (le cas échéant) : Promoteur de régime : \_\_\_\_\_ % Adhérent: \_\_\_\_\_ %

**13 Billing:**

**Facturation mensuelle** - La garantie Médecin en ligne sera ajoutée à la facture mensuelle de Croix Bleue Medavie. Les promoteurs de régime sont responsables de vérifier que tous les adhérents admissibles à la garantie Médecin en ligne sont inscrits adéquatement.

**Autofacturation** - Le promoteur de régime doit verser mensuellement les frais pour tous les employés couverts par la garantie Médecin en ligne. Les promoteurs de régime sont responsables de vérifier que tous les adhérents admissibles à la garantie Médecin en ligne sont inscrits adéquatement.

**14 Renseignements sur la gestion du régime - À remplir par Croix Bleue Medavie**

Product Version:  Médecin en ligne Illimité  Médecin en ligne de base

Préférence linguistique du gestionnaire de compte :  Anglais  Bilingue

Indiquez les numéros des régimes pour lesquels la garantie Médecin en ligne doit être ajoutée.

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**F AUTRES COMMENTAIRES/RENSEIGNEMENTS**