

Nous voulons vous connaître

(L'information se trouve sur votre carte de Croix Bleue Medavie.)

N° d'identification : N° de police : Nom :

Quelle(s) modification(s) souhaitez-vous apporter ?

☐ Adresse - Ma nouvelle adresse est la suivante :

Code Postal :

☐ Téléphone: Mon nouveau numéro est le suivant :

☐ Nom
Ancien nom :
Nouveau nom :

☐ Courriel - Ma nouvelle adresse électronique est la suivante :

Changement au mode de paiement

Veillez compléter la section ci-dessous pour accepter le prélèvement bancaire automatique :

J'autorise (Nous autorisons) Croix Bleue Medavie et l'institution financière désignée (ou toute autre institution financière que je pourrais (nous pourrions) autoriser en tout temps) à commencer le prélèvement, selon mes (nos) instructions, des versements périodiques ou des versements uniques occasionnels pour le paiement des primes d'assurance. Des paiements mensuels réguliers au montant total des services rendus seront prélevés du compte que j'ai précisé (nous avons précisé) le premier jour ouvrable de chaque mois. Croix Bleue Medavie ne donnera pas de préavis, mais donnera un préavis de 30 jours si la déduction est susceptible de changer. Croix Bleue Medavie obtiendra mon (notre) 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 (notre) part si des changements y sont apportés ou si elle est annulée. Cet avis doit être reçu au moins 30 jours ouvrables avant la date prévue du prochain prélèvement. Il doit être envoyé au Service d'administration de Croix Bleue Medavie. Je peux (Nous pouvons) obtenir un spécimen de formulaire d'annulation ou plus de renseignements sur mon (notre) droit d'annuler l'entente relative aux prélèvements automatiques auprès de mon (notre) institution financière ou en visitant le www.cdnpay.ca.

J'ai (Nous avons) certains droits de recours advenant qu'un prélèvement ne soit pas conforme à cette entente. Par exemple, j'ai (nous avons) 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 (nos) droits de recours, je peux (nous pouvons) communiquer avec mon (notre) institution financière ou visiter le www.cdnpay.ca.

Type de service : ☐ Personnelle ☐ Affaires **Veillez joindre un chèque nul au formulaire (paiements par carte de crédit non acceptés)**

Institution financière (IF) : (LETTRES MOULÉES)

Adresse :

Ville : Province : Code postal :

Numéro transitiare : (succursale - 5 chiffres ; IF - 3 chiffres) Numéro de compte :

La personne qui paiera les primes doit signer et inscrire ses renseignements personnels ci-dessous :

Nom :

Adresse :

Ville : Province : Code postal :

Numéro de téléphone : (travail) (domicile)

DATE : Signature(s) autorisée(s) :

Changements à la protection

☐ Type de protection	☒ Ajouter	☒ Supprimer
☐ Soins de base - (hospit. / voyage / SSC)		
☐ Protection-voyage*		
☐ Médicaments sans franchise*		
☐ Médicaments avec franchise*		
☐ Soins dentaires		
☐ États très graves*		
☐ Médi-comptant* / Hospitalisation au comptant*		
☐ Module Accès assuré		
☐ Autre		

*Si vous ajoutez ces garanties, veuillez remplir une proposition d'assurance individuelle.

Ajout ou suppression d'un membre de la famille

☐ Modification de l'état civil

Date de mariage ou de cohabitation

Nota : Si un conjoint ou une personne à charge est ajouté plus de 30 jours après la date d'admissibilité ou si vous ajoutez un conjoint de fait, veuillez soumettre une proposition d'assurance remplie.

☐ Modification de l'état des personnes à charge

Prénom	Initiale	Sexe** MF/PPR†	Date de naissance			Personne à Charge	A-Ajouter C-Changer D-Supprimer
JJ	MM	AA					
						Conjoint	
						E-Étudiant (collège / université)	
						S-Handicapé	

** Sexe : Homme/Femme/Personne intersexuée/Je préfère ne pas répondre - *Pourquoi posons-nous la question?* Certains problèmes de santé sont plus fréquents selon le sexe. Par conséquent, le sexe est utilisé pour évaluer votre couverture. Nous sommes conscients que votre sexe peut différer de votre identité de genre. †Sélectionnez l'option PPR si vous préférez ne pas répondre.

Est-ce que toutes les personnes qui seront couvertes en vertu du régime personnel de protection-santé sont actuellement couvertes dans le cadre d'une assurance-maladie provinciale au Canada (p. ex. : assurance-maladie du Nouveau-Brunswick, régime Medical Services Insurance de la Nouvelle-Écosse, services hospitaliers et médicaux de l'Île-du-Prince-Édouard et régime de soins médicaux de Terre-Neuve et Labrador) ? ☐ Oui ☐ Non Si non, veuillez expliquer.

Annulation de la protection ou changements liés au proposant

☐ Demande de résiliation de la protection Si vous souhaitez résilier votre assurance, veuillez en indiquer la raison. ☒ ☐ Protection collective de Croix Bleue Medavie N° d'identification ☐ Changement d'assureur (assurance individuelle) ☐ Changement d'assureur (assurance collective) ☐ Déménagement. Je n'ai plus besoin d'assurance. ☐ Décès. Fournir l'adresse des ayants-droits et la date du décès ☐ Autre, veuillez expliquer.	Date d'entrée en vigueur (JJ/MM/AAAA)	Modification du proposant À compter du (date), l'adhérent visé par ce numéro d'identification sera : Nom Signature de l'ancien proposant Signature du nouveau proposant
--	---------------------------------------	---

Commentaires

Autorisation du changement

J'atteste par la présente que tous les renseignements contenus sur ce formulaire sont exacts et j'autorise Croix Bleue Medavie à apporter les changements à mon contrat conformément aux modifications demandées.

Signature de l'adhérent ou du mandataire Date