



Numéro sans frais : 1-844-209-7599

Télécopieur : 1-855-551-9984

VEUILLEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS.

Nom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Courriel : _____ Téléphone : _____

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

Je désire recevoir ma correspondance en français anglaisSexe : homme femme personne intersexuée je préfère ne pas répondre

Sexe : Homme/Femme/Personne intersexuée - *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.

CHOIX DE LA PROTECTION - Veuillez consulter la brochure intitulée *Programme de soins de santé pour les aînés de Croix Bleue Medavie* pour obtenir une description détaillée des services assurés. Les montants figurant ci-dessous sont les taux mensuels.

Des délais d'admission s'appliquent pour les garanties Soins dentaires et Hospitalisation. Il pourrait aussi y avoir un délai d'admission d'un an pour certaines garanties Soins de santé si vous ne faites pas une demande d'adhésion dans les 60 jours suivant votre 65^e anniversaire.

Veillez cocher toutes les garanties que vous souhaitez ajouter au régime.**COUVERTURE POUR SOINS DE SANTÉ**

Les options suivantes n'incluent pas la couverture des médicaments sur ordonnance.

- 16,00 \$ Régime de base de soins de santé
 26,00 \$ Régime amélioré de soins de santé (comprend tous les services assurés par le Régime de base de soins de santé)
 31,50 \$ Régime hospitalisation - Remboursement

Les options suivantes sont offertes pour le Régime individuel de soins dentaires (facturé séparément)* :

- 46,88\$ Conjoint(e) âgé de 55 à 64 ans

*Si vous êtes âgé de 54 ans ou moins, veuillez communiquer avec nous au 1-844-209-7599 pour connaître les taux.

RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT AGÉ DE 65 ANS OU PLUS

Nom du conjoint : _____ Date de naissance : _____ JJ/MM/AAAA

N° d'assurance-maladie : _____

MODALITÉS DE PAIEMENT - Voir au verso.Avez-vous récemment été couvert par un autre régime de soins de santé complémentaires, par exemple pour les soins de la vue ou la physiothérapie? oui nonÉtiez-vous couvert en vertu d'une garantie soins dentaires au cours des trois derniers mois? oui non

Dans l'affirmative, date d'expiration de ce régime : _____ JJ/MM/AA

Votre couverture entre en vigueur le premier jour du mois de votre 65^e anniversaire de votre conjoint, sauf si vous êtes un adhérent tardif ou si vous avez demandé une date d'effet différente.**Date de prise d'effet demandée** : Veuillez commencer la protection le 1^{er} (mois/année) _____ Mois/Année

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

Signature _____ Date _____ JJ/MM/AAAA

