



FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADHÉSION AU RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE – EXPLICATIONS

Dans le présent document, le masculin englobe les deux genres et est utilisé pour alléger le texte.

Le formulaire de demande d'adhésion au régime d'assurance collective est utilisé par les administrateurs de régimes pour informer Croix Bleue Medavie de l'ajout d'un nouvel employé à un régime d'assurance collective. Le formulaire doit être rempli et envoyé à Croix Bleue Medavie dès que possible, afin de tenir les dossiers à jour et de traiter efficacement la facturation, les demandes de règlement et les demandes de renseignement.

Les renseignements ci-dessous sont fournis à titre de directives générales. Veuillez consulter votre contrat ou votre brochure pour connaître les modalités de votre police.

SECTION 1 – À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

Cette section est réservée à l'employeur. Elle contient des renseignements particuliers liés au poste de l'employé.

SECTION 2 – RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ ET SA FAMILLE

Veillez à ce que cette section soit dûment remplie, puisque ces renseignements seront reproduits sur la carte d'identification du titulaire.

Cette section contient les renseignements sur le conjoint de l'employé et les enfants à charge.

Si l'employé est en union de fait, la date de début de la cohabitation doit être indiquée. Un conjoint de fait est une personne avec laquelle l'employé réside depuis une période minimale au moment de son adhésion et qui est présentée publiquement comme son conjoint. La période de cohabitation minimale habituelle est de 12 mois.

Si l'âge d'un enfant à charge dépasse l'âge maximal prévu dans votre contrat d'assurance collective ou votre brochure et que cet enfant fréquente un établissement d'enseignement accrédité à titre d'étudiant à temps plein, le statut « Étudiant – Collège/Université » doit être sélectionné.

Le statut « Handicapé » signifie que la personne à charge est handicapée; dans ce cas, un « Questionnaire pour personne à charge spéciale » dûment rempli devra être joint au formulaire de demande d'adhésion au régime d'assurance collective. Le « Questionnaire pour personne à charge spéciale » peut être fourni sur demande ou imprimé à partir de notre site Web (cbmedavie.ca).

AUTRE COUVERTURE (COORDINATION DES PRESTATIONS)

Si l'employé ou ses personnes à charge bénéficient d'une autre couverture pour soins de santé ou soins dentaires, il faut inscrire les détails du régime et le type de couverture afin de coordonner les deux régimes. Les demandes de règlement du conjoint bénéficiant d'une couverture doivent, en premier lieu, être soumises en vertu de son propre régime. Les demandes de règlement pour des enfants assurés doivent être soumises dans le cadre du régime de l'employé ou du conjoint dont la date de naissance a lieu en premier dans l'année.

SECTION 3 – EXONÉRATION DE LA COUVERTURE

Si l'employé choisit de renoncer à la couverture de soins de santé ou de soins dentaires parce qu'il bénéficie d'une autre couverture, comme celle de son conjoint, cette section doit être remplie.



DEMANDE D'ADHÉSION AU RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE Soins de santé, soins dentaires, assurance vie et assurance invalidité

644, RUE MAIN, C.P. 220
MONCTON (N.-B.) E1C 3L3
TEL. : 1-800-667-4511 TÉLÉC. : 1-506-869-9653

230, AVENUE BROWNLOW, DARTMOUTH
C.P. 2200, HALIFAX (N.-É.) B3J 2G9
TEL. : 1-800-667-4511 TÉLÉC. : 1-506-869-9653

186, THE WEST MALL, BUREAU 1200, C.P. 2000
ÉTOBICOKE (ON) M9C 2P1
TEL. : 1-800-355-9133 TÉLÉC. : 1-506-869-9653

500, RUE SHELBROOKE OUEST, BUREAU L-15
MONTREAL (QC) H3A 6T9
TEL. : 1-888-588-1212 TÉLÉC. : 1-514-286-8444

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

1 À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

Nom de l'employeur : _____
N° de police : _____ N° de division : _____ Catégorie : _____
Date d'emploi permanent (JJMMAAAA) : _____ Date d'admissibilité à la couverture (JJMMAAAA) : _____
Numéro de paie de l'employé (s'il y a lieu) : _____ Profession/titre du poste : _____
Province d'emploi : _____ Nombre d'heures travaillées par semaine : _____
 Salaire (avant impôt) : _____ Fréquence : Annuel Mensuel Hebdomadaire Toutes les deux semaines Horaire
Type d'emploi : Horaire à temps plein Horaire à temps partiel Salaire à temps plein Salaire à temps partiel Contrat/Temporaire

2 RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ ET SA FAMILLE

Nom de famille de l'employé : _____ Prénom de l'employé : _____
Sexe : Homme Femme Date de naissance (JJMMAAAA) : _____
Adresse (n° et rue) : _____
Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
N° de téléphone : _____ Langue de préférence : Français Anglais

Est-ce que tous les membres admissibles de votre famille immédiate sont inscrits à un régime d'assurance maladie provincial, comme l'Assurance-santé Plus de l'Ontario, MSI, Pharmacare, Medicare, etc.? Oui Non

Conjoint (s'il y a lieu)

Nom de famille : _____ Prénom : _____
Sexe : Homme Femme Date de naissance (JJMMAAAA) : _____
État civil : Marié Conjoint de fait Date de début de la cohabitation s'il s'agit d'une union de fait (JJMMAAAA) : _____

Enfants à charge (s'il y a lieu)

Prénom	Nom de famille	Date de naissance (JJMMAAAA)	Sexe H/F	Statut de personne à charge
			<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme	<input type="radio"/> Handicapé <input type="radio"/> Étudiant - Collège/Université
			<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme	<input type="radio"/> Handicapé <input type="radio"/> Étudiant - Collège/Université
			<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme	<input type="radio"/> Handicapé <input type="radio"/> Étudiant - Collège/Université

AUTRE COUVERTURE (COORDINATION DES PRESTATIONS)

Est-ce que vous ou vos personnes à charge êtes assurés en vertu de tout autre régime? Oui Non

Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom de l'autre assureur : _____ Date d'effet de la couverture (JJMMAAAA) : _____
N° de police : _____ N° d'ID : _____ Nom de l'employeur : _____
Type de couverture : Hospitalisation Soins de la vue Soins de santé complémentaires Médicaments Soins dentaires Toutes les garanties

Noms des personnes assurées en vertu d'une autre police	Date de naissance			
	JJ	MM	AAAA	

Noms des personnes assurées en vertu d'une autre police	Date de naissance			
	JJ	MM	AAAA	

3 EXONÉRATION DE LA COUVERTURE

- J'ai eu l'occasion de présenter une demande d'adhésion, mais je ne souhaite pas m'inscrire. Je comprends qu'il sera impossible de m'inscrire à une date ultérieure sans l'autorisation de mon employeur et de Croix Bleue Medavie. Au moment où je souhaiterai adhérer, il est possible que je doive soumettre une preuve médicale d'assurabilité.
- J'ai eu l'occasion de présenter une demande d'adhésion, mais je ne souhaite pas m'inscrire, car je suis couvert par le régime collectif de mon conjoint. Je comprends qu'il est possible que je doive soumettre une preuve médicale d'assurabilité si je présente une demande d'adhésion plus de 31 jours après que la couverture de mon conjoint a pris fin.

Je ne souhaite pas adhérer aux garanties suivantes : Soins de santé Soins dentaires Soins de santé et soins dentaires

Pour les résidents du Québec : L'adhésion à la couverture de Soins de santé peut être exonérée seulement s'il existe une couverture en vertu du régime du conjoint. Si vous souhaitez renoncer à la couverture de Soins de santé, veuillez fournir les renseignements sur le régime d'assurance de votre conjoint.



SECTION 4 – COUVERTURE DE BASE

Le choix de couverture dépend des garanties qui sont offertes en vertu du contrat de votre régime d'assurance collective. Si la garantie Vie des personnes à charge est offerte, elle devient obligatoire si des personnes à charge sont déclarées dans la section « Autres renseignements sur la famille ».

SECTION 5 – COUVERTURE FACULTATIVE

Le choix de couverture dépend des garanties qui sont offertes en vertu du contrat de votre régime d'assurance collective. Si l'une de ces garanties est choisie, une « Déclaration d'état de santé » dûment remplie devra être jointe au formulaire « Demande d'adhésion au régime d'assurance collective ». Le formulaire « Déclaration d'état de santé » peut être fourni sur demande ou imprimé à partir de notre site Web (cbmedavie.ca).

SECTION 6 – BÉNÉFICIAIRE

La déclaration de bénéficiaire s'applique à l'assurance vie de base, l'assurance vie facultative, la garantie décès et mutilation accidentels et la garantie décès et mutilation accidentels facultative. L'employé est automatiquement désigné comme bénéficiaire pour l'assurance vie des personnes à charge, l'assurance vie facultative pour le conjoint et l'assurance vie facultative pour les enfants à charge, à moins d'indication contraire. **Si un bénéficiaire légal n'a pas été désigné et que les champs relatifs au bénéficiaire sont laissés vides, les prestations seront versées à la succession de l'employé décédé. Par conséquent, il est important de remplir attentivement tous les champs.**

La somme de chaque pourcentage alloué aux bénéficiaires désignés doit totaliser 100 %. Si un bénéficiaire désigné est irrévocable, l'employé ne pourra pas changer de bénéficiaire. Il faudra, pour ce faire, obtenir le consentement écrit de ce dernier.

SECTION 7 – DÉPÔT DIRECT

Le dépôt direct permet de déposer directement vos remboursements dans le compte bancaire de votre choix, une fois votre demande de règlement présentée et approuvée. Les renseignements bancaires peuvent être mis à jour au moyen du site des adhérents ou de notre application mobile. Le dépôt direct peut être annulé en tout temps; il faut cependant soumettre un préavis écrit de 30 jours à Croix Bleue Medavie.

SECTION 8 – CONSENTEMENT EN MATIÈRE DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Le consentement en matière de protection des renseignements personnels est obtenu au moment de l'adhésion et au moment de toute demande de règlement au moyen de déclarations détaillées figurant sur nos formulaires habituels. Une personne peut révoquer son consentement en tout temps, mais, dans certaines situations, ce refus pourrait nous empêcher de fournir la couverture demandée.

SECTION 9 – AUTORISATION

Afin que la demande d'adhésion soit traitée par Croix Bleue Medavie, l'employé et l'employeur doivent signer le formulaire et inscrire la date dans la section Autorisation.

SECTION 10 – RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICAMENTS (LOI DU QUÉBEC)

Si vous êtes un résident du Québec, assurez-vous de revoir les lignes directrices sur le régime d'assurance médicaments de la province.

4 COUVERTURE DE BASE (VEUILLEZ VÉRIFIER LES GARANTIES APPLICABLES AUPRÈS DE VOTRE ADMINISTRATEUR DE RÉGIME)

S'il s'agit d'une garantie admissible, l'assurance vie des personnes à charge sera offerte automatiquement si des renseignements sur les personnes à charge ont été fournis à la Section 2 – Renseignements sur l'employé et sa famille ou à la Section 6 – Bénéficiaire du présent formulaire.

Soins de santé Soins dentaires Vie de l'adhérent Décès et mutilation accidentels Vie des personnes à charge
 Invalidité de courte durée Invalidité de longue durée Maladies graves Allocation au CGS _____ \$

Couverture Soins de santé et Soins dentaires : Employé seulement Employé et conjoint Employé et famille Famille monoparentale

5 COUVERTURE FACULTATIVE (VEUILLEZ VÉRIFIER LES GARANTIES APPLICABLES AUPRÈS DE VOTRE ADMINISTRATEUR DE RÉGIME)

Assurance vie facultative : Employé - Montant de l'employé _____ \$ Conjoint - Montant du conjoint _____ \$

Assurance vie facultative pour les enfants à charge : Montant _____ \$

Garantie Maladies graves facultative : Employé - Montant de l'employé _____ \$ Conjoint - Montant du conjoint _____ \$

Enfant - Montant de l'enfant _____ \$

Garantie Décès et mutilation accidentels facultative : Employé seulement Employé et famille Montant _____ \$

6 BÉNÉFICIAIRE

Le ou les bénéficiaires désignés ci-dessous peuvent être révocables ou irrévocables, à votre convenance.

- Une désignation faite à titre révocable peut être modifiée en tout temps. Il suffit de remplir et de soumettre un nouveau formulaire de désignation.
- Dans le cas d'une désignation irrévocable, il faut obtenir le consentement écrit du bénéficiaire désigné à ce titre afin de retirer sa désignation de bénéficiaire ou de modifier le montant de la prestation (%). Le bénéficiaire doit avoir atteint l'âge de la majorité dans sa province de résidence pour fournir son consentement écrit.

Si ce renseignement n'est pas spécifié dans la désignation de bénéficiaire, le bénéficiaire sera considéré comme révocable par défaut, sauf au Québec où la désignation d'un conjoint est irrévocable par défaut, à moins que le statut révocable ne soit indiqué ci-dessous.

Les prestations seront versées aux bénéficiaires désignés ci-dessous. Si un bénéficiaire légal n'a pas été désigné et que les champs relatifs au bénéficiaire sont laissés vides, les prestations seront versées à la succession de l'employé décédé.

Prénom	Nom de famille	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Pourcentage (le total est 100 %)	Lien avec l'employé	Révocable	Irrévocable
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bénéficiaire subsidiaire : Personne désignée par l'employé pour recevoir les prestations si le bénéficiaire principal est décédé.

Prénom	Nom de famille	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Pourcentage (le total est 100 %)	Lien avec l'employé	N° de téléphone
Bénéficiaire subsidiaire					
Bénéficiaire subsidiaire					
Bénéficiaire subsidiaire					

Fiduciaire : Personne à qui l'on confère des pouvoirs de gestion de propriétés en fiducie et qui a l'obligation juridique de les gérer uniquement aux fins indiquées. Dans le cas où un bénéficiaire désigné est considéré comme mineur dans sa province de résidence, le fiduciaire recevra tout montant payable à ce bénéficiaire.

Prénom	Nom de famille	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Lien avec l'employé	N° de téléphone
Fiduciaire				

Au Québec, lorsque le bénéficiaire de la police d'assurance vie est mineur au moment du décès de l'assuré, Croix Bleue Medavie paiera la somme assurée aux parents ou au tuteur légal, le cas échéant, et non à une autre personne qui aurait pu être nommée administratrice ou fiduciaire. Si vous souhaitez nommer une autre personne pour administrer la prestation versée à l'enfant, assurez-vous de l'avoir indiqué correctement dans votre testament. Vous voudriez peut-être consulter un conseiller juridique afin de déterminer quelles mesures vous pourriez prendre pour que votre planification successorale réponde à vos besoins.

7 DÉPÔT DIRECT

Je demande que mes prestations soient versées par transfert électronique de fonds (dépôt direct). Oui Non Si vous indiquez « Oui », veuillez joindre un chèque annulé à votre nom ou visitez notre site Web au cbmedavie.ca.

Je peux révoquer mon autorisation en tout temps en envoyant un préavis écrit de 30 jours à Croix Bleue Medavie.

8 CONSENTEMENT EN MATIÈRE DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Je comprends que les renseignements personnels fournis dans la présente déclaration, ainsi que tous les renseignements personnels détenus ou recueillis plus tard par Croix Bleue Medavie ou la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada peuvent être recueillis, utilisés ou divulgués pour administrer les modalités de ma police ou de la police collective dont je suis un adhérent admissible, pour me recommander des produits et des services et pour gérer les affaires de Croix Bleue. Selon le type de couverture dont je suis titulaire, des renseignements personnels restreints peuvent être recueillis auprès d'un tiers ou divulgués à ce dernier. Ces tiers comprennent les autres sociétés Croix Bleue, les professionnels de la santé ou les établissements de santé, les fournisseurs d'assurance vie ou d'assurance maladie, les autorités gouvernementales et les organismes de réglementation, ainsi que d'autres tiers lorsque nécessaires pour administrer les garanties énoncées dans la police dont je suis un adhérent admissible.

Je comprends que mes renseignements personnels demeureront confidentiels et qu'ils sont protégés. Il est entendu que je peux retirer mon consentement à tout moment. Cependant, dans certaines circonstances, une telle action pourrait empêcher Croix Bleue Medavie de me fournir la couverture ou les prestations demandées. Je comprends la raison pour laquelle mes renseignements personnels sont nécessaires et je suis conscient des risques et des avantages de consentir ou de refuser de consentir à la divulgation de mes renseignements.

Une photocopie de cette autorisation est valide au même titre que l'original. Le présent document de consentement respecte les lois fédérales et provinciales en matière de protection des renseignements personnels. Pour en savoir plus sur les politiques liées à la vie privée de Croix Bleue Medavie, visitez le cbmedavie.ca ou téléphonez au 1-800-667-4511.

9 AUTORISATION

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts et j'autorise les retenues salariales, au besoin. J'autorise Croix Bleue à recueillir, à utiliser et à divulguer mes renseignements personnels comme il est décrit dans la section Consentement en matière de protection des renseignements personnels ci-dessus.

Signature de l'employé : _____ Date (JJ/MM/AAAA) : _____

Signature de l'employeur : _____ Date (JJ/MM/AAAA) : _____

10 RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICAMENTS (LOI DU QUÉBEC)

Toute personne âgée de moins de 65 ans qui est admissible à un régime d'assurance collective doit adhérer à ce régime, à moins d'être déjà assurée en vertu d'un autre régime d'assurance collective ou du régime d'assurance collective de son conjoint. La preuve de couverture doit être conservée dans les dossiers de l'employeur.

En adhérant au régime d'assurance collective de votre employeur, vous devez également obtenir une couverture pour toutes les personnes à charge admissibles, à moins qu'elles ne soient déjà couvertes en vertu d'un autre régime d'assurance collective.

Vos personnes à charge ne sont pas admissibles en vertu du régime général d'assurance médicaments de la RAMQ si vous êtes déjà couvert en vertu du régime collectif d'un employeur, à l'exception d'un conjoint âgé de 65 ans et plus.

Lorsque vous remplissez votre déclaration de revenus, vous devez confirmer que vous avez respecté les dispositions de la Loi.