

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 (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_ Date d'admissibilité à la couverture (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_  
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

Prénom de l'employé : \_\_\_\_\_ Nom de famille de l'employé : \_\_\_\_\_  
Sexe :  Homme  Femme Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_  
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)

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_  
Sexe :  Homme  Femme Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_  
État civil :  Marié  Conjoint de fait Date de début de la cohabitation s'il s'agit d'une union de fait (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_

#### Enfants à charge (s'il y a lieu)

Prénom	Nom de famille	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	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 (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_

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.

#### 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 doit correspondre à 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"/>
					<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 doit correspondre à 100 %)	Lien avec l'employé	N° de téléphone
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 voudrez 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](http://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](http://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 remplirez votre déclaration de revenus, vous devrez confirmer que vous avez respecté les dispositions de la Loi.