

## Demande d'adhésion à un régime collectif

La trousse contient les formulaires suivants :

- 1) Demande d'adhésion à un régime collectif - Lettre de confirmation
- 2) Entente sur les prélèvements automatiques
- 3) Formulaire d'accès aux services Internet

**SECTION A : RENSEIGNEMENTS SUR LE TITULAIRE DU CONTRAT**

<b>Dénomination sociale du titulaire :</b>			
<b>Coordonnées du titulaire :</b>	Adresse postale de l'entreprise		
	Ville	Province	Code postal
	Numéro de téléphone de l'entreprise	Numéro de télécopieur de l'entreprise	Courriel de l'entreprise
	Site Web de l'entreprise		
<b>Dirigeant de l'entreprise :</b>	Nom	Téléphone	Courriel
	Nom	Téléphone	Courriel
<b>Administrateur du régime :</b>	Nom	Téléphone	Courriel
<b>Champ d'activité de l'entreprise :</b>			

**SECTION B : DÉTAILS DE LA DEMANDE**

Par la présente, nous soumettons une demande d'adhésion à un régime d'assurance collective à Medavie Inc. ou à la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada conformément aux spécifications relatives à la demande d'adhésion au régime collectif. Les prestations de soins de santé et de soins dentaires sont garanties par Medavie inc.; toutes les autres prestations sont garanties par la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada.

Cette police d'assurance prend effet à 24 h 01 (heure locale) le \_\_\_\_\_, sous réserve de :  
Date (jj-mm-aaaa)

- a) l'approbation par Croix Bleue Medavie de la présente demande;
- b) un dépôt de \_\_\_\_\_ \$, soit environ l'équivalent de la prime mensuelle, ayant été payé;
- c) la présentation de demandes de couverture par l'intermédiaire des formulaires appropriés d'au moins \_\_\_\_\_ % des employés admissibles dans le cas des régimes contributifs et de 100 % des employés admissibles dans le cas des régimes non contributifs.

Le premier renouvellement a lieu à 24 h 01 (heure locale) le \_\_\_\_\_.  
Date (jj-mm-aaaa)

**SECTION C : QUESTIONS SUPPLÉMENTAIRES**

- 1. Est-ce que certains adhérents sont aussi couverts par un syndicat?  Oui  Non
- 2. Tous les employés admissibles sont-ils couverts par la CSSIAT?  Oui  Non
- 3. Quelles garanties ont été vendues et quels sont les pourcentages de contribution de l'employé et de l'employeur (le cas échéant)?

Remplissez le tableau suivant :

	Cocher si garantie vendue	Employeur	Employé		Cocher si garantie vendue	Employeur	Employé
Assurance vie	<input type="checkbox"/>	%	%	Assurance vie facultative	<input type="checkbox"/>	%	%
D et MA	<input type="checkbox"/>	%	%	Soins de santé complémentaires	<input type="checkbox"/>	%	%
Assurance vie des personnes à charge	<input type="checkbox"/>	%	%	Soins dentaires	<input type="checkbox"/>	%	%
ICD	<input type="checkbox"/>	%	%	Deuxième opinion	<input type="checkbox"/>	%	%
ILD	<input type="checkbox"/>	%	%	enÉquilibre PAEF	<input type="checkbox"/>	%	%
Maladies graves	<input type="checkbox"/>	%	%	Compte Gestion-santé (CGS)	<input type="checkbox"/>	s/o	s/o

- 4. Quel est le nombre minimal d'heures de travail à effectuer pour être admissible au régime?

20 heures  24 heures  Autre : \_\_\_\_\_

**SECTION C : QUESTIONS SUPPLÉMENTAIRES (SUITE)**

5. L'adhésion au régime est-elle obligatoire (c.-à-d., une condition d'emploi)?  Oui  Non
6. Y a-t-il une période d'attente visant les nouveaux employés?  Oui  Non Si oui, la période d'attente est : \_\_\_\_\_
7. Les employés en poste sont-ils exemptés de la période d'attente?  Oui  Non
8. Combien y a-t-il d'employés actifs? \_\_\_\_\_
9. Est-ce que tous les employés sont activement au travail?  Oui  Non  
Dans la négative, donnez des détails ci-dessous (inclure une feuille supplémentaire, au besoin)
- | Nom de l'employé | Dernier jour travaillé (jj-mm-aaaa) | Commentaires |
|------------------|-------------------------------------|--------------|
| A. _____         | _____                               | _____        |
| B. _____         | _____                               | _____        |
| C. _____         | _____                               | _____        |
10. Est-ce que la police remplace une couverture existante?  Oui  Non  
Le cas échéant, cet assureur couvrira-t-il tous les employés qui ne sont pas activement au travail et qui reçoivent des prestations d'invalidité à la date de la présente proposition?  Oui  Non
11. Est-ce que certains employés travaillent à l'extérieur de la province de résidence du titulaire (précisée à la Section A)  Oui  Non  
Si oui, précisez :  C.-B.  Sask.  Ont.  N.-B.  N.-É.  
 Alb.  Man.  Qué.  Î.-P.-É.  T.-N.-L.  Autre : \_\_\_\_\_
12. Dans quelle langue le contrat doit-il être rédigé?  Anglais  Français
13. Par quel moyen voulez-vous que la (les) police(s) soit (soient) livrée(s)?  Courrier électronique  Poste
14. Par quel moyen voulez-vous que les brochures soient livrées?  Courrier électronique  Poste

**SECTION D : SIGNATURE DE L'AGENT AUTORISÉ**

Il est entendu et convenu que l'acceptation de tout régime émis à la suite de la demande d'adhésion au régime collectif constitue l'approbation des dispositions desdits régimes.

Signé au nom du titulaire du contrat en ce \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
Date (jj-mm-aaaa) Ville

Signature de l'agent autorisé : \_\_\_\_\_

Nom de l'agent autorisé : \_\_\_\_\_

Titre de l'agent autorisé : \_\_\_\_\_

Signature du témoin : \_\_\_\_\_



**IMPORTANT :** Si vous bénéficiez d'une police d'assurance collective comprenant les mêmes garanties que celles proposées dans la présente, n'annulez pas l'autre police jusqu'à ce que la présente demande d'adhésion soit approuvée par Croix Bleue Medavie.

**À L'USAGE DU COURTIER/AGENT/CONSULTANT SEULEMENT (SI APPLICABLE)**

Je confirme, en tant que courtier/agent/consultant de Croix Bleue Medavie, que j'ai révélé à toute entreprise que je représente tout éventuel conflit d'intérêts que je pourrais avoir en lien avec la présente transaction. J'ai aussi révélé que je recevrai un salaire, une commission ou d'autres formes de rémunération pour la vente des produits de cette compagnie d'assurance.

Nom du courtier/agent/consultant	# du courtier/agent/consultant
Signature du courtier/agent/consultant	

**SECTION A : RENSEIGNEMENTS SUR LE TITULAIRE DU CONTRAT**

<b>Dénomination sociale du titulaire :</b>			
<b>Coordonnées du titulaire :</b>	Adresse de l'entreprise		
	Ville	Province	Code postal
	Numéro de téléphone de l'entreprise	Numéro de télécopieur de l'entreprise	Courriel de l'entreprise
	Site Web de l'entreprise		
<b>Renseignements sur la police de Croix Bleue Medavie</b> (joindre une feuille, au besoin)	Numéro(s) de police	Numéro(s) de section	

**SECTION B : RENSEIGNEMENTS BANCAIRES (passez à la prochaine section si vous avez inclus un chèque annulé ou un formulaire de paiement par débits préautorisés émis et estampillé par votre institution financière)**

<b>Nom de l'institution financière :</b>			
<b>Coordonnées :</b>	Adresse de l'entreprise		
	Ville	Province	Code postal
<b>Renseignements sur le compte :</b>	Numéro de succursale	Numéro de banque	Numéro de compte

**SECTION C : SIGNATURE DE L'AGENT AUTORISÉ**

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 équivalant aux services rendus complets 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 fournira un relevé mensuel des primes qui indique le montant de chaque prélèvement régulier. Croix Bleue Medavie devra obtenir 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 dix (10) jours ouvrables avant la date prévue du prochain prélèvement. Il doit être envoyé au Service de facturation de Croix Bleue Medavie à l'adresse indiquée ci-dessus. 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](http://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](http://www.cdnpay.ca).

Signature du titulaire du compte : \_\_\_\_\_

Nom du titulaire du compte : \_\_\_\_\_

Date (jj-mm-aaaa) : \_\_\_\_\_

**Veillez aviser Croix Bleue Medavie de tout changement apporté aux renseignements bancaires relatifs à la présente entente de prélèvements automatiques.**

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

**1**

Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Êtes-vous un :  administrateur de régime  agent/courtier/conseiller Numéro d'agent : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

**2 NOUVEAUX UTILISATEURS**

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse de courriel au travail : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone au travail : \_\_\_\_\_

Nom d'utilisateur existant de Croix Bleue (le cas échéant) : \_\_\_\_\_ Langue de préférence :  Français  Anglais

Nouvel utilisateur

S'il y a plus d'un nouvel utilisateur, veuillez remplir l'annexe A.

Numéros de police	Division(s) « Toutes » ou précisez	Catégories (le cas échéant)	Consultation seulement Information sur les employés	Consultation et mise à jour Information sur les employés et adhésion des employés	Consultation des factures électroniques	Consultation des contrats et brochures	Rapports Consultation des rapports statistiques (le cas échéant)	Site des adhérents – Aimeriez-vous recevoir un courriel vous informant des changements apportés en ligne par vos employés? Cochez le cercle pour répondre Oui
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Polices/divisions/catégories supplémentaires ou commentaires :

**3 AUTORISATION**

J'autorise par la présente les nouveaux utilisateurs indiqués à avoir accès aux polices/divisions et fonctions susmentionnées. Je suis dûment autorisé à agir au nom de l'entreprise pour présenter cette demande.

Nom : \_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_ Entreprise : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**4 VEUILLEZ REMPLIR LE FORMULAIRE ET L'ENVOYER À L'ENDROIT APPROPRIÉ.****ATLANTIQUE, ONTARIO ET AUTRES RÉGIONS**

Téléphone : 1-888-564-2155 Télécopieur : 506-867-4651

Courriel : webadmin.inquiry@medavie.croixbleue.ca

**QUÉBEC**

Téléphone : 1-800-456-6595

Télécopieur : 514-286-8444

Courriel : administration@medavie.croixbleue.ca

Une fois le formulaire d'accès traité, l'utilisateur recevra deux courriels contenant :

1. Nom d'utilisateur

2. Mot de passe temporaire

Nom (utilisateur 2) : \_\_\_\_\_

Adresse de courriel au travail : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone au travail : \_\_\_\_\_

Nom d'utilisateur existant de Croix Bleue (le cas échéant) : \_\_\_\_\_ Langue de préférence :  Français  Anglais

Numéros de police	Division(s) « Toutes » ou précisez	Catégories (le cas échéant)	Consultation seulement Information sur les employés	Consultation et mise à jour Information sur les employés et adhésion des employés	Consultation des factures électroniques	Consultation des contrats et brochures	Rapports Consultation des rapports statistiques (le cas échéant)	Site des adhérents – Aimeriez-vous recevoir un courriel vous informant des changements apportés en ligne par vos employés? Cochez le cercle pour répondre Oui
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nom (utilisateur 3) : \_\_\_\_\_

Adresse de courriel au travail : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone au travail : \_\_\_\_\_

Nom d'utilisateur existant de Croix Bleue (le cas échéant) : \_\_\_\_\_ Langue de préférence :  Français  Anglais

Numéros de police	Division(s) « Toutes » ou précisez	Catégories (le cas échéant)	Consultation seulement Information sur les employés	Consultation et mise à jour Information sur les employés et adhésion des employés	Consultation des factures électroniques	Consultation des contrats et brochures	Rapports Consultation des rapports statistiques (le cas échéant)	Site des adhérents – Aimeriez-vous recevoir un courriel vous informant des changements apportés en ligne par vos employés? Cochez le cercle pour répondre Oui
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nom (utilisateur 4) : \_\_\_\_\_

Adresse de courriel au travail : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone au travail : \_\_\_\_\_

Nom d'utilisateur existant de Croix Bleue (le cas échéant) : \_\_\_\_\_ Langue de préférence :  Français  Anglais

Numéros de police	Division(s) « Toutes » ou précisez	Catégories (le cas échéant)	Consultation seulement Information sur les employés	Consultation et mise à jour Information sur les employés et adhésion des employés	Consultation des factures électroniques	Consultation des contrats et brochures	Rapports Consultation des rapports statistiques (le cas échéant)	Site des adhérents – Aimeriez-vous recevoir un courriel vous informant des changements apportés en ligne par vos employés? Cochez le cercle pour répondre Oui
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nom (utilisateur 5) : \_\_\_\_\_

Adresse de courriel au travail : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone au travail : \_\_\_\_\_

Nom d'utilisateur existant de Croix Bleue (le cas échéant) : \_\_\_\_\_ Langue de préférence :  Français  Anglais

Numéros de police	Division(s) « Toutes » ou précisez	Catégories (le cas échéant)	Consultation seulement Information sur les employés	Consultation et mise à jour Information sur les employés et adhésion des employés	Consultation des factures électroniques	Consultation des contrats et brochures	Rapports Consultation des rapports statistiques (le cas échéant)	Site des adhérents – Aimeriez-vous recevoir un courriel vous informant des changements apportés en ligne par vos employés? Cochez le cercle pour répondre Oui
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nom (utilisateur 6) : \_\_\_\_\_

Adresse de courriel au travail : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone au travail : \_\_\_\_\_

Nom d'utilisateur existant de Croix Bleue (le cas échéant) : \_\_\_\_\_ Langue de préférence :  Français  Anglais

Numéros de police	Division(s) « Toutes » ou précisez	Catégories (le cas échéant)	Consultation seulement Information sur les employés	Consultation et mise à jour Information sur les employés et adhésion des employés	Consultation des factures électroniques	Consultation des contrats et brochures	Rapports Consultation des rapports statistiques (le cas échéant)	Site des adhérents – Aimeriez-vous recevoir un courriel vous informant des changements apportés en ligne par vos employés? Cochez le cercle pour répondre Oui
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>