

ADMINISTRATION / ADMINISTRATION

Quantité requise Quantity required	Numéro du formulaire Form number	Nom du formulaire Name of form	Français French	Anglais English	Bilingue Bilingual
	ENV-16O	Enveloppe retour, C.P. 133O	✓		
	FORM-546F	Demande d'adhésion			
	FORM-546E	Application Form		✓	
	OICOL0047B	Demande de modification / Change form	✓		
	FORM-56OF	Déclaration de santé	✓		
	FORM-556B	Déclarations relatives au certificat - Désignation de bénéficiaire Declarations Relating to Certificate - Appointment of Beneficiary			✓
	FORM-56OE	Evidence of Health		✓	
	FORM-59O	Commande de formulaires / Order Form			✓

RÈGLEMENTS / CLAIMS
PROTECTION-SANTÉ ET SOINS DENTAIRES / HEALTH INSURANCE AND DENTAL CARE

Quantité requise Quantity required	Numéro du formulaire Form number	Nom du formulaire Name of form	Français French	Anglais English	Bilingue Bilingual
	FORM-535B	Frais médicaux et paramédicaux / Extended Health Care Benefits			✓
	FORM-536B	Soins dentaires / Dental Care			✓
	ENV-177	Enveloppe retour, C.P. 330O	✓		

ASSURANCE-VIE / LIFE INSURANCE

	OICOL0062B	Mutilation et perte de la vue accidentelles Accidental Dismemberment and Loss of Sight			✓
	OICOL0034B	Demande de règlement assurance-vie adhérent et personnes à charge Claim form life insurance applicant and dependents			✓

ASSURANCE-SALAIRE ET EXONÉRATION DE PRIMES / DISABILITY INSURANCE AND WAIVER OF PREMIUMS

	FORM-154F	Maladies à caractère physique et psychologique- demande initiale	✓		
	FORM-154E	Physical and psychological illnesses Original request		✓	
	FORM-399F	Demande de prestations Déclaration de l'employeur	✓		
	FORM-399E	Application for Benefits Employer's Statement		✓	
	FORM-40OF	Demande de prestations Déclaration de l'employé pour Québec, Ontario et Atlantique	✓		
	FORM-40OE	Application for Benefits Employee's Statement for Quebec, Ontario and Atlantic Provinces		✓	
	FORM-588B	Avis de retour au travail / Notice of Return to Work			✓
	ENV-161	Enveloppe retour - Invalidité et vie, C.P. 668	✓		

ADRESSE D'ENVOI / MAILING ADDRESS

Numéro de contrat / Contract Number: _____

Nom de la compagnie / Name of Company: _____

Aux bons soins de / Care of: _____ Numéro de téléphone / Telephone Number: _____

Adresse / Address: _____

**Note: Vous pouvez vous procurer la majorité de nos formulaires en ligne dans la section assurance collective de notre site Internet au :
www.medavie.croixbleue.ca.**
The majority of our forms are available online in the Group Insurance section of our website at: www.medavie.bluecross.ca

 Veuillez retourner ce formulaire au / Send this form to
550, rue Sherbrooke Ouest, bureau L-15, Montréal (Québec) H3A 6T6, téléphone : 514-286-7778 / 1-877-286-7778 • télécopieur : 514-286-8439