

Le masculin est utilisé dans le présent document de façon neutre dans le but d'alléger le texte et d'en faciliter la lecture.

**LE FORMULAIRE PEUT ÊTRE REMPLI POUR LES ADHÉRENT(E)S ADMISSIBLES QUI ONT SÉJOURNÉ DANS UN HÔPITAL AU CANADA EN TANT QUE PATIENT
ADMIS POUR RECEVOIR UN TRAITEMENT ACTIF PENDANT QU'ILS ÉTAIENT ASSURÉS.**

RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT(E) - À l'usage de l'adhérent(e) ou du (de la) patient(e)

Numéro d'ID : _____ Numéro de police : _____ Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____
Nom de famille : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
Numéro de téléphone (résidence) : _____ Numéro de téléphone (bureau) : _____
Votre adresse postale a-t-elle changé depuis votre dernière demande de règlement ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, la signature de l'adhérent(e) est requise pour validation : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE (LA) PATIENT(E) - À l'usage de l'adhérent(e) ou du (de la) patient(e)

Nom du (de la) patient(e) : _____ Personne à charge de plus de 21 ans :
☐ spéciale ☐ étudiant(e) à temps plein
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____ S'il s'agit d'un étudiant(e), nom de l'établissement : _____
Adresse : _____
Lien avec l'adhérent(e) : ☐ soi-même ☐ conjoint(e) ☐ enfant à charge Numéro de téléphone : _____

DÉCLARATION DE L'ADHÉRENT(E)

Je comprends que les renseignements personnels que j'ai fournis dans le présent formulaire sont recueillis et utilisés par Croix Bleue Medavie pour administrer les modalités de ma police ou de la police d'assurance collective à laquelle j'adhère, pour me recommander des produits et des services auxquels je suis admissible en raison de mon adhésion à une police, ainsi que pour d'autres fins applicables, tel qu'il est décrit dans l'Énoncé sur la protection des renseignements personnels de Croix Bleue Medavie à cbmedavie.ca.

Selon le type de couverture que je souscris, certains renseignements personnels, par exemple des données sur mes demandes de règlement ou ma santé ou encore des données financières, pourraient être recueillis auprès de tiers ou leur être communiqués, afin d'administrer et de gérer les garanties énoncées dans la police à laquelle j'adhère. Ces tiers peuvent comprendre des fournisseurs de soins de santé, d'autres compagnies d'assurance, des organismes de réglementation et d'enquête, des fournisseurs de services et le ou la titulaire de carte de tout contrat auquel j'adhère.

Si la loi le permet, mes renseignements personnels peuvent être transmis à des employés de Croix Bleue Medavie ou à des fournisseurs de services dans une province autre que celle où ces données ont été recueillies. Si je réside au Québec, mes renseignements personnels pourraient être transférés ou divulgués à des employés de Croix Bleue Medavie ou à des fournisseurs de services hors Québec.

Je comprends que mon consentement n'est valide que lorsqu'il est nécessaire pour les besoins décrits dans le présent document, à moins que je ne le retire. Je comprends que je peux retirer mon consentement en tout temps. Cependant, dans certaines circonstances, une telle action pourrait empêcher Croix Bleue Medavie de me fournir certains produits ou services qui pourraient nous être utiles, à moi et à mes personnes à charge. Le présent document de consentement respecte les lois fédérales et provinciales en matière de protection des renseignements personnels.

Si vous avez des préoccupations ou des questions ou souhaitez en savoir plus sur nos pratiques en matière de renseignements, y compris sur la façon dont vos renseignements personnels sont protégés et sur la marche à suivre pour consulter ou corriger vos renseignements personnels, veuillez lire l'Énoncé sur la protection des renseignements personnels de Croix Bleue Medavie à cbmedavie.ca ou composer le 1-800-667-4511.

Signature : _____ Date (JJ/MM/AAAA) : _____
(Si le patient a moins de 18 ans, la signature de l'adhérent est requise.)

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT [Les frais exigés pour remplir la présente formule sont à la charge du (de la) patient(e).]

Date d'hospitalisation* : _____ Date de sortie* : _____
Nom de l'hôpital : _____ N° de téléphone : _____
Adresse : _____ Code postal : _____

L'hospitalisation était-elle due à : ☐ un accident ☐ une maladie ☐ ou une grossesse ?

Le (La) patient(e) recevait-il (elle) un traitement actif ? ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, indiquer la période du traitement actif : du : _____ au : _____

Diagnostic : _____

Quand le (la) patient(e) a-t-il (elle) montré les premiers symptômes associés à ce diagnostic ? (JJ/MM/AAAA) : _____

***Veuillez joindre une copie de la feuille médico-administrative pour les dates d'admission et de congé indiquées ci-dessus.**

Nom du médecin traitant : _____ N° de téléphone : _____
(veuillez écrire en caractères d'imprimerie)

Signature du médecin : _____ Date (JJ/MM/AAAA) : _____

ADRESSE DE CROIX BLEUE MEDAVIE

Adhérents du Canada atlantique

C.P. 220, Moncton NB E1C 8

Information : 1-800-667-4511