

Remplir ce formulaire si un(e) adhérent(e) a été hospitalisé(e) et qu'une chambre semi-privée n'était pas disponible.
Veuillez remplir vous-même la partie supérieure. La partie intitulée « Renseignements relatifs à l'hôpital » doit être remplie par l'hôpital.

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

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 à temps plein

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____ S'il s'agit d'un étudiant, 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 1-800-668-4511.

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

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'HÔPITAL

Nom et adresse de l'hôpital : _____

Numéro du dossier du (de la) patient(e) : _____ Date d'admission : _____ Date du congé : _____

Diagnostic : _____

Une chambre semi-privée était-elle disponible à l'admission ? ☐ oui ☐ non

Si non, période d'hospitalisation en salle commune du _____ au _____

période d'hospitalisation en chambre semi-privée du _____ au _____

Si le (la) patient(e) est transféré(e) d'une chambre semi-privée à une salle commune, en donner les raisons (p. ex. congé pour des raisons médicales, soins de longue durée, etc.). _____

Signataire autorisée de l'hôpital : _____

ADRESSES DES CROIX BLEUE MEDAVIE

**Adhérents du Nouveau-Brunswick
et de l'Île-du-Prince-Édouard**
644, rue Main, C.P. 220
Moncton NB E1C 8L3
Information : 1-800-667-4511

Adhérents de la Nouvelle-Écosse
C.P. 2200
Halifax NS B3J 3C6
Lieu : 230, av. Brownlow, Dartmouth
Information : 1-800-667-4511

Adhérents de Terre-Neuve-et-Labrador
Viking Building
136, rue Crosbie, bureau 204
St. John's (TNL) A1B 3K3
Information : 1-800-667-4511