

644, RUE MAIN, C.P. 220
MONCTON (N.-B.) E1C 8L3
TÉL. : 1-800-667-4511 TÉLÉC. : 1-506-869-9653
maax.policyadministrators@medavie.croixbleue.ca

230, AVENUE BROWNLOW, DARTMOUTH
C.P. 2200, HALIFAX (N.-É.) B3J 3C6
TÉL. : 1-800-667-4511 TÉLÉC. : 1-506-869-9653
maax.policyadministrators@medavie.croixbleue.ca

185, THE WEST MALL, BUREAU 1200, C.P. 2000
ETOBICOKE (ON) M9C 5P1
TÉL. : 1-800-355-9133 TÉLÉC. : 1-506-869-9653
maax.policyadministrators@medavie.croixbleue.ca

1981, AVENUE MCGILL COLLEGE, BUREAU 100,
MONTRÉAL (QC) H3A 3A7
TÉL. : 1-888-588-1212 TÉLÉC. : 1-514-286-8444
administration@medavie.croixbleue.ca

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

Directives :

- 1) L'information sur le revenu est seulement requise si des garanties d'assurance vie ou d'assurance invalidité s'appliquent.
- 2) La Déclaration d'état de santé pour l'assurance vie collective facultative et le Questionnaire concernant l'usage du tabac doivent être remplis lorsqu'une MODIFICATION ou un AJOUT est demandé pour l'assurance vie facultative ou maladies graves facultative. Le montant **réel** de la couverture doit être indiqué (non pas le montant de l'augmentation ou de la diminution).

CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE POUR QUE LES CHANGEMENTS SOIENT TRAITÉS

Numéro d'ID existant : _____ Numéro de paie : _____
Numéro de police et de division existants : _____ Nom de famille : _____

1. TYPE DE MODIFICATION - COCHER (✓)

☐ Adresse ☐ État civil ☐ Bénéficiaire ☐ Cessation d'emploi ☐ Annulation de garanties : Raison _____
☐ Retraite ☐ N° de téléphone ☐ Salaire ☐ Personnes à charge ☐ Ajout de garanties : Raison _____
☐ Garanties ☐ Décès ☐ Emploi ☐ Mutation ☐ Autre : _____

2. REMPLIR SEULEMENT LES SECTIONS TOUCHÉES PAR LE CHANGEMENT ET SIGNER LE FORMULAIRE

Prénom de l'employé : _____ Nom de famille de l'employé : _____
Adresse (numéro et rue) : _____
Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
Date de naissance : _____ N° de téléphone : _____ Langue de préférence : ☐ Français ☐ Anglais

Conjoint (s'il y a lieu) ☐ AJOUT ☐ MODIFICATION ☐ RÉSILIATION

Prénom : _____ Initiale : _____ Nom de famille : _____

Sexe* : ☐ Homme ☐ Femme ☐ Personne intersexuée ☐ Je préfère ne pas répondre 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) ou date de mariage (JJ/MM/AAAA) : _____

* Sexe : Homme/Femme/Personne intersexuée/Je préfère ne pas répondre - Pourquoi posons-nous la question? Certains problèmes de santé sont plus fréquents selon le sexe.

Par conséquent, le sexe est utilisé pour évaluer votre couverture. Nous sommes conscients que votre sexe peut différer de votre identité de genre.

Enfants à charge (s'il y a lieu)

Prénom	Nom de famille	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Sexe H/F/I/PPR*	Statut de personne à charge	A - Ajout M - Modification R - Résiliation
			☐ H ☐ F ☐ I ☐ PPR	☐ Personne ayant un handicap ☐ Étudiant - Collège/Université	☐ A ☐ M ☐ R
			☐ H ☐ F ☐ I ☐ PPR	☐ Personne ayant un handicap ☐ Étudiant - Collège/Université	☐ A ☐ M ☐ R
			☐ H ☐ F ☐ I ☐ PPR	☐ Personne ayant un handicap ☐ Étudiant - Collège/Université	☐ A ☐ M ☐ R

* Sélectionnez l'option PPR si vous préférez ne pas répondre.

AUTRE COUVERTURE (COORDINATION DES PRESTATIONS) ☐ AJOUT ☐ MODIFICATION ☐ RÉSILIATION

Est-ce que vous ou vos personnes à charge êtes assurés par un 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 par une autre police	Date de naissance	Noms des personnes assurées par une autre police	Date de naissance
	JJ MM AAAA		JJ MM AAAA

COUVERTURE DE BASE ☐ AJOUT ☐ MODIFICATION ☐ RÉSILIATION

☐ Vie ☐ Invalidité de longue durée ☐ Vie des personnes à charge ☐ Soins de santé ☐ Décès et mutilation par accident ☐ Invalidité de courte durée
☐ Soins dentaires ☐ Maladies graves

L'assurance vie des personnes à charge est offerte automatiquement si vous fournissez des renseignements sur le statut familial ou les personnes à charge admissibles.

☐ Allocation au CGS _____ \$ ☐ Allocation au CGM _____ \$ Options modulaires ou Flex (Veuillez inscrire le régime choisi) : _____

MODIFICATION DU STATUT FAMILIAL ☐ Personne seule ☐ Familial

3. DEMANDE DE MODIFICATION - RÉGIMES COLLECTIFS (VEUILLEZ VÉRIFIER LES GARANTIES APPLICABLES AUPRÈS DE VOTRE ADMINISTRATEUR DE RÉGIME)

GARANTIES FACULTATIVES ☐ AJOUT ☐ MODIFICATION ☐ RÉSILIATION

Si vous présentez une demande d'adhésion pour des Garanties facultatives, le Questionnaire concernant l'usage du tabac ou la Déclaration de l'état de santé pourrait vous être demandés.

Est-ce que vous utilisez des produits du tabac? ☐ Oui ☐ Non

Répondez « Non » si vous n'avez pas utilisé de nicotine ou toute forme de produit d'abandon du tabac (y compris les cigarettes électroniques) au cours des 12 derniers mois.

Vie facultative : ☐ Employé Montant de l'employé _____ \$ ☐ Conjoint Montant du conjoint _____ \$

Vie facultative pour enfants à charge : Montant _____ \$

Maladies graves facultative : ☐ Employé Montant de l'employé _____ \$ ☐ Conjoint Montant du conjoint _____ \$

☐ Enfant Montant de l'enfant _____ \$

Décès et mutilation par accident facultative : ☐ Employé seulement ☐ Employé et famille Montant _____ \$

4. REMPLIR SEULEMENT LES SECTIONS TOUCHÉES PAR LE CHANGEMENT ET SIGNER LE FORMULAIRE

MODIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE

Conformément aux modalités et aux conditions du contrat d'assurance vie collective entre l'employeur indiqué ci-dessous et La Compagnie d'Assurance-Vie Croix Bleue du Canada, je révoque toutes les désignations de bénéficiaires précédentes et, par le présent, nomme les personnes suivantes comme bénéficiaires ayant droit aux prestations à la suite de mon décès. Les bénéficiaires survivants recevront une part égale, sauf indication contraire.

Prénom	Nom de famille	Pourcentage (le total doit correspondre à 100 %)	Lien avec l'employé	Révocable	Irrévocable
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐

	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						

Je nomme _____ à titre de fiduciaire pour administrer tous les montants dus à un **bénéficiaire désigné considéré comme mineur** dans sa province de résidence.

En sélectionnant « Irrévocable », aucune modification à la désignation de bénéficiaire ne sera possible sans le consentement écrit de ce bénéficiaire, lorsque celui-ci a atteint l'âge de la majorité.

AU QUÉBEC, LA DÉSIGNATION DE VOTRE CONJOINT COMME BÉNÉFICIAIRE EST PRÉSUMÉE IRRÉVOCABLE À MOINS D'INDICATION CONTRAIRE.

Pour la province du Québec – Lorsque le bénéficiaire de la police d'assurance vie est mineur au moment du décès de la personne assurée, Croix Bleue Medavie paiera la somme assurée aux parents (ou à un autre tuteur légal, le cas échéant), et non à une autre personne qui aurait pu être nommée administrateur/fiduciaire. Si vous souhaitez nommer une autre personne pour administrer les prestations versées à l'enfant, assurez-vous de l'avoir indiqué correctement dans votre testament. Il serait préférable de consulter un conseiller juridique afin de déterminer les mesures à prendre pour que votre planification successorale réponde à vos besoins.

CHANGEMENT D'ÉTAT CIVIL

Lorsqu'un employé demande de modifier sa couverture pour personne seule en une couverture familiale dans les 31 jours qui suivent son mariage, la couverture familiale entrera en vigueur selon les modalités du contrat collectif de Croix Bleue Medavie. Si plus de 31 jours se sont écoulés, une Déclaration de l'état de santé pourrait être exigée.

Date de changement de l'état civil (JJ/MM/AAAA) : _____

Si le conjoint est couvert en vertu d'un régime de Croix Bleue Medavie, veuillez fournir les renseignements suivants :

N° de police : _____ N° d'identification : _____ Nom de famille : _____

AUTORISATION DU CHANGEMENT

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 de l'employé : _____ Date : _____

Signature du témoin : _____ Date : _____

5. À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

Nom de l'employeur : _____ Numéro de police et de division : _____

Catégorie de couverture – Soins de santé et/ou soins dentaires _____

Catégorie d'employés – Assurance vie et/ou assurance invalidité _____

Profession : _____ Date d'effet du changement (JJ/MM/AAAA) : _____

Remplir pour l'assurance vie et invalidité : Revenus par ☐ Heure ☐ Mois ☐ Semaine ☐ Année _____ \$

Nombre d'heures travaillées par semaine : _____

Numéro de paie (maximum 9 chiffres) : (1) _____ (2) _____

Section remplie pour l'employeur par :

Signature : _____ Date : _____