

644, RUE MAIN CP 220
MONCTON NB E1C 8L3
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLEC. : 1-800-644-1722
disability@medavie.bluecross.ca

230 AVE BROWNLOW - DARTMOUTH
CP 2200 HALIFAX NS B3J 3C6
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLEC. : 1-800-644-1722
disability@medavie.bluecross.ca

CP 2000 185 THE WEST MALL BUREAU 1200
ETOBICOKE ON M9C 5P1
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLEC. : 1-800-644-1722
disability@medavie.bluecross.ca

1981, AVENUE MCGILL COLLEGE, BUREAU 100
MONTRÉAL (QC) H3A 3A7
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLEC. : 1-800-644-1722
salaire@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.

Faire une fausse déclaration ou une déclaration qui induit en erreur dans une demande d'adhésion est une offense grave. Toutes les cases ci-dessous doivent être remplies et doivent contenir des renseignements véridiques. Vous devez aussi remplir le questionnaire sur la formation et l'expérience de travail, au verso. S'il manque des informations, le traitement de votre demande pourrait être retardé.

Vous devez informer Croix Bleue Medavie de tout changement qui pourrait influencer votre admissibilité aux garanties : amélioration de votre état de santé, retour au travail, programme d'entraînement ou programme de réadaptation.

J'ai lu ce qui précède et suis d'accord.

Signature de l'employé : _____ **Date (DD/JJ/AAAA) :** _____

Nom : _____
Nom de famille Prénom Initiales

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____

Adresse : _____ Code postal : _____

Courriel : _____ Téléphone : _____

Si votre condition a été causée par un accident, inscrivez la date et la description de l'accident : _____

Quelle est la nature de votre état de santé actuel? _____

Quel traitement suivez-vous actuellement? _____

Quel médicament prenez-vous actuellement? _____

Avez-vous déjà souffert d'une condition semblable? Oui Non Si oui, inscrivez la date et la description : _____

Souffrez-vous d'autres conditions actuellement? _____

Indiquez la date de début de la condition et les raisons pour lesquelles elle vous empêche de travailler : _____

Indiquez le nom du médecin qui traite votre condition actuelle et le nom de tous les praticiens qui vous ont traité au cours des trois dernières années (joignez une liste s'il manque d'espace).

Médecin ou hôpital (Nom et lieu)	Raison	Date de votre première visite (JJ/MM/AAAA)	Date de votre dernière visite (JJ/MM/AAAA)

Avez-vous envoyé une demande de prestations à un autre assureur ou recevez-vous des prestations d'une autre source (Commission des accidents du travail, RRQ, assurance automobile, compagnies d'assurance, agences gouvernementales)?

Nom de la source	Date de la demande (JJ/MM/AAAA)	Montant des prestations	Fréquence des paiements	Début des prestations (JJ/MM/AAAA)	Fin des prestations (JJ/MM/AAAA)

J'autorise les fournisseurs ou l'administrateur de mon régime d'assurance collective à utiliser mon numéro d'assurance sociale pour les besoins de la déclaration de revenus.

Numéro d'assurance sociale : _____

J'autorise par la présente : _____

Croix Bleue Medavie à demander ou à divulguer des renseignements médicaux liés à mes demandes de règlement à tout médecin autorisé, aux hôpitaux, aux cliniques, aux autres établissements liés aux soins de santé ou aux compagnies d'assurance, aux institutions ou aux personnes pertinentes. Les renseignements médicaux et sur la santé excluent les résultats de tests génétique.

Croix Bleue Medavie à échanger des informations, dont des renseignements psychiatriques ou médicaux, avec tout professionnel de la santé qui fait partie de l'équipe du Programme de gestion intégrée des soins de santé, afin d'aider au processus de traitement des demandes de règlement.

Par la présente, j'autorise Croix Bleue Medavie et le conseiller médical de l'employeur à échanger des renseignements médicaux et personnels pour faciliter la réadaptation et le retour au travail.

Je comprends que les renseignements personnels fournis dans ce formulaire, ainsi que tout autre renseignement personnel que Croix Bleue Medavie ou la Compagnie d'Assurance-Vie Croix Bleue du Canada détient ou obtiendra à l'avenir, peuvent être recueillis, utilisés ou divulgués afin d'administrer les conditions énoncées dans ma police ou dans la police collective dont je suis membre admissible, pour me recommander des produits et services et pour gérer les affaires de Croix Bleue. Selon le type de protection dont je suis titulaire, des renseignements personnels restreints peuvent être recueillis auprès d'un tiers ou divulgués à ce dernier. Ces tiers comprennent les autres sociétés Croix Bleue, les professionnels de la santé ou les établissements de santé, les fournisseurs d'assurance vie ou d'assurance-maladie, les autorités gouvernementales et les organismes de réglementation, ainsi que d'autres tiers lorsque nécessaires pour administrer les garanties énoncées dans la police dont je suis membre admissible.

Je comprends que mes renseignements personnels demeureront confidentiels et en sûreté. Je comprends que je peux révoquer mon consentement en tout temps. Cependant, si je révoque mon consentement, Croix Bleue pourrait ne pas me fournir la protection ou les prestations demandées. Je comprends la raison pour laquelle mes renseignements personnels sont requis et je suis conscient des risques et des avantages de consentir ou de refuser de consentir à leur divulgation.

J'autorise Croix Bleue Medavie à recueillir, à utiliser et à divulguer mes renseignements personnels comme il est décrit ci-dessus.

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

Une photocopie de cette autorisation est valide au même titre que l'original. Le présent formulaire de consentement respecte les lois fédérales et provinciales. Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet des politiques de Croix Bleue Medavie en matière de protection des renseignements personnels, visitez le site Web cbmedavie.ca ou composez le 1-800-667-4511.



