

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

Ce formulaire doit être rempli par la personne identifiée à la Section 1, ou par un parent ou son tuteur si elle est âgée de moins de 18 ans. En remplissant ce formulaire, vous acceptez que Croix Bleue Medavie fournisse des renseignements personnels sur la santé, les demandes de règlement ou le régime d'assurance aux personnes nommées à la Section 2.

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT

J'autorise par la présente Croix Bleue Medavie à divulguer des renseignements personnels sur la santé ou le régime d'assurance, ou des documents connexes au sujet de l'adhérent suivant. (lettres moulées)

Numéro d'identification : _____ Numéro de police : _____ Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Numéro de téléphone (de jour) : _____ Adresse courriel : _____

SECTION 2 - CONSENTEMENT

J'autorise par la présente Croix Bleue Medavie à divulguer des renseignements personnels sur la santé ou le régime d'assurance, ou des documents connexes. (cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

- ☐ Renseignements sur la couverture du régime d'assurance et sur l'inscription, y compris le paiement du compte (si responsable du paiement des primes)
- ☐ Renseignements sur les demandes de règlement (y compris les médicaments sur ordonnance et les services de soins de santé ou de soins dentaires)
- ☐ Renseignements sur le diagnostic, le traitement ou les soins
- ☐ Renseignements sur le compte Gestion-santé
- ☐ Renseignements requis pour accéder en ligne aux renseignements sur le régime d'assurance, les demandes de règlement ou le compte de la personne par l'entremise du site Web sécurisé des adhérents de Croix Bleue Medavie
- ☐ Autres renseignements (précisez) : _____

Les renseignements ci-dessus peuvent seulement être divulgués AUX PERSONNES SUIVANTES :

Notez que nos politiques de protection des renseignements personnels ne permettent pas la divulgation directe de renseignements personnels sur la santé à des tiers, comme les médias.

Nom complet	Adresse	Numéro de téléphone	Lien avec la personne

ou à L'ENTREPRISE suivante :

Nom de l'entreprise	
Personne-ressource	
Adresse	
Numéro de téléphone	
But	

Date d'effet du consentement (JJ/MM/AAAA) : _____ Date d'expiration du consentement (JJ/MM/AAAA) : _____

Si une date d'expiration n'est pas fournie, ce consentement sera en vigueur pendant une période indéterminée.

Attestation : Le consentement peut être révoqué en tout temps. Je comprends pourquoi on me demande mon consentement pour divulguer les renseignements personnels sur la santé ou le régime d'assurance, ou des documents connexes à mon sujet ou au sujet de la personne nommée à la Section 1.

Je suis conscient qu'une photocopie ou une version électronique de cette autorisation est tout aussi valide que l'original.

Nom (lettres moulées) : _____

Signature de la personne nommée à la Section 1 ci-dessus : _____ Date : _____

(Parent/tuteur si la personne nommée à la Section 1 est âgée de moins de 18 ans)

ADRESSES DE CROIX BLEUE MEDAVIE

Canada atlantique C.P. 220 Moncton NB E1C 8L3 Information : 1-800-667-4511	Québec C.P. 3300, succ. B Montréal QC H3B 4Y5 Information : 1-800-667-4511	Ontario C.P. 2000, succ. A Etobicoke ON M9C 5P1 Information : 1-800-667-4511	Autres provinces et territoires C.P. 2318, succ. Main Edmonton AB T5J 0L8 Information : 1-800-667-4511
--	--	--	--

- Croix Bleue Medavie n'acceptera pas de formulaire de consentement incomplet.
- Ce formulaire de consentement respecte les lois fédérales et provinciales en matière de protection des renseignements personnels.
- Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet des politiques de Croix Bleue Medavie en matière de protection des renseignements personnels, visitez le cbmedavie.ca ou composez le 1-800-667-4511.

AUTORISATION

Je comprends que les renseignements personnels que j'ai fournis dans le présent formulaire sont recueillis et utilisés par Croix Bleue Medavie ou la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada (Croix Bleue Vie) 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. Une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'originale.

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