

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

1. À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

Nom de l'employeur : _____
N° de police : _____ N° de division : _____ Catégorie : _____
Date d'emploi permanent (JJ/MM/AAAA) : _____ Date d'admissibilité à la couverture (JJ/MM/AAAA) : _____
Profession/titre du poste : _____ Numéro de paie de l'employé (le cas échéant) : _____
Province d'emploi : _____ Nombre d'heures travaillées par semaine : _____ Salaire (avant les retenues) : _____
Fréquence : Annuel Mensuel Hebdomadaire Bimensuel Horaire
Allocation au CGS \$ (le cas échéant) : _____ Allocation au CGM \$ (le cas échéant) : _____
Type d'emploi : Horaire - Temps plein Horaire - Temps partiel Salaire - Temps plein Salaire - Temps partiel Contrat/Temporaire
Signature de l'employeur : _____ Date (JJ/MM/AAAA) : _____

2. RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ ET SA FAMILLE

Prénom de l'employé : _____ Nom de famille de l'employé : _____
Sexe* : Homme Femme Personne intersexuée Je préfère ne pas répondre
Langue de préférence : Anglais Français Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____
Adresse (numéro et rue) : _____
Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
Numéro de téléphone : _____ Adresse courriel de l'employé : _____
Garantie Soins de santé/dentaires : Employé seulement Employé et conjoint Employé et famille Famille monoparentale
Options modulaires ou Flex (Veuillez inscrire le régime choisi) : _____
Conjoint (s'il y a lieu)
Prénom : _____ 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 (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
			<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> I <input type="radio"/> PPR	<input type="radio"/> Personne ayant un handicap <input type="radio"/> Étudiant - Collège/Université
			<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> I <input type="radio"/> PPR	<input type="radio"/> Personne ayant un handicap <input type="radio"/> Étudiant - Collège/Université
			<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> I <input type="radio"/> PPR	<input type="radio"/> Personne ayant un handicap <input type="radio"/> Étudiant - Collège/Université

S'il s'agit d'une garantie admissible, l'assurance vie des personnes à charge sera offerte automatiquement si des renseignements sur les personnes à charge sont fournis dans cette section ou à la Section 4 - Bénéficiaire. ** Sélectionnez l'option PPR si vous préférez ne pas répondre.

AUTRE COUVERTURE (COORDINATION DES PRESTATIONS)

Est-ce que vous ou vos personnes à charge êtes assurés par un autre régime? Oui Non **Si la réponse est oui, remplissez la section suivante :**
Nom de l'autre assureur : _____ Date d'effet de la couverture (JJ/MM/AAAA) : _____
N° de police : _____ N° d'ID : _____
Type de couverture : Soins de santé - Employé Famille Famille monoparentale Employé et conjoint
 Soins dentaires - Employé Famille Famille monoparentale Employé et conjoint

3. EXONÉRATION DE LA COUVERTURE

Toutes les garanties de votre régime d'assurance collective sont obligatoires, et vous sont fournies en vertu de votre contrat collectif. Toutefois, vous pouvez renoncer aux garanties Soins de santé et Soins dentaires si vous avez une couverture similaire en vertu du régime de votre conjoint.

- J'ai eu l'occasion de présenter une demande d'adhésion à la couverture, mais je ne souhaite pas m'inscrire. Je comprends qu'il sera impossible de m'inscrire à ces régimes à une date ultérieure sans l'autorisation de mon employeur et de Croix Bleue Medavie. De plus, au moment où je souhaiterais adhérer, je pourrais être tenu de présenter une preuve médicale d'assurabilité.
- Je comprends que si la couverture de mon conjoint prend fin, et que je ne présente pas de demande d'adhésion en vertu de cette police dans les 31 jours suivant la perte du régime de mon conjoint, je pourrais devoir soumettre une preuve médicale d'assurabilité.

Je ne souhaite pas adhérer aux garanties suivantes : Soins de santé Soins dentaires Soins de santé et Soins dentaires

Pour les résidents du Québec : Vous pouvez uniquement renoncer à l'adhésion au régime de soins de santé si vous avez une autre couverture avec votre conjoint. Si vous refusez la couverture de soins de santé, veuillez indiquer les renseignements sur le régime de votre conjoint.

4. BÉNÉFICIAIRE

Le ou les bénéficiaires désignés ci-dessous peuvent être révocables ou irrévocables, à votre convenance.

- Une désignation faite à titre révocable peut être modifiée en tout temps. Il suffit de remplir et de soumettre un nouveau formulaire de désignation de bénéficiaire.
- Dans le cas d'une désignation irrévocable, il faut obtenir le consentement écrit du bénéficiaire désigné à ce titre afin de retirer sa désignation de bénéficiaire ou de modifier le montant de la prestation (%). Le bénéficiaire doit avoir atteint l'âge de la majorité dans sa province de résidence pour fournir son consentement écrit.

Si ce renseignement n'est pas spécifié dans la désignation de bénéficiaire, le bénéficiaire sera considéré comme révocable par défaut, sauf au Québec où la désignation d'un conjoint est irrévocable par défaut, à moins que le statut révocable ne soit indiqué ci-dessous.

Les prestations seront versées aux bénéficiaires désignés ci-dessous. Si un bénéficiaire légal n'a pas été désigné et que les champs relatifs au bénéficiaire sont laissés vides, les prestations seront versées à la succession de l'employé décédé.

Le ou les bénéficiaires principaux

Prénom	Nom de famille	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Pourcentage (le total doit correspondre à 100 %)	Lien avec l'employé	Révocable	Irrévocable

Bénéficiaire subsidiaire : Personne désignée par l'employé pour recevoir les prestations si le bénéficiaire principal est décédé.

Prénom	Nom de famille	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Pourcentage (le total doit correspondre à 100 %)	Lien avec l'employé	Révocable	Irrévocable
Bénéficiaire subsidiaire						
Bénéficiaire subsidiaire						

Fiduciaire : Personne à qui l'on confère des pouvoirs de gestion de propriétés en fiducie et qui a l'obligation juridique de les gérer uniquement aux fins indiquées. Dans le cas où un bénéficiaire désigné est considéré comme mineur dans sa province de résidence, le fiduciaire recevra tout montant payable à ce bénéficiaire.

Prénom	Nom de famille	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Lien avec l'employé	Révocable	Irrévocable
Fiduciaire					

Au 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 au tuteur légal, le cas échéant, et non à une autre personne qui aurait pu être nommée administratrice ou fiduciaire. Si vous souhaitez nommer une autre personne pour administrer la prestation versée à l'enfant, assurez-vous de l'avoir indiqué correctement dans votre testament. Vous voudrez peut-être consulter un conseiller juridique afin de déterminer quelles mesures vous pourriez prendre pour que votre planification successorale réponde à vos besoins.

5. DÉPÔT DIRECT

Je peux révoquer mon autorisation en tout temps en envoyant un préavis écrit de 30 jours à Croix Bleue Medavie.

Nom du titulaire du compte
(tel qu'il apparaît sur le chèque) : _____

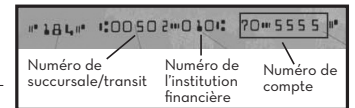
Nom de l'institution financière : _____

Adresse de l'institution financière : _____

Numéro de l'institution financière (3 chiffres) : _____ Numéro de succursale/transit (5 chiffres) : _____

Numéro de compte (7 à 14 chiffres) : _____

(Si votre numéro de compte commence par un zéro, assurez-vous d'inclure le zéro. N'incluez pas de tirets, de traits d'union ou d'autres signes de ponctuation)



6. CONSENTEMENT

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.

7. AUTORISATION

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts et j'autorise les retenues salariales, au besoin. J'autorise Croix Bleue Medavie à recueillir, à utiliser et à divulguer mes renseignements personnels comme il est décrit dans la section Consentement ci-dessus.

Nom de l'employé (lettres moulées) : _____

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

8. RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICAMENTS (LOI DU QUÉBEC)

Toute personne âgée de moins de 65 ans qui est admissible à un régime d'assurance collective doit adhérer à ce régime, à moins d'être déjà assurée par un autre régime d'assurance collective ou du régime d'assurance collective de son conjoint. La preuve de couverture doit être conservée dans les dossiers de l'employeur.

En adhérant au régime d'assurance collective de votre employeur, vous devez également obtenir une couverture pour toutes les personnes à charge admissibles, à moins qu'elles ne soient déjà couvertes en par un autre régime d'assurance collective.

Vos personnes à charge ne sont pas admissibles au régime général d'assurance médicaments de la RAMQ si vous êtes déjà couvert par le régime collectif d'un employeur, à l'exception d'un conjoint âgé de 65 ans et plus.

Lorsque vous remplirez votre déclaration de revenus, vous devrez confirmer que vous avez respecté les dispositions de la Loi.