

# DEMANDE DE RÈGLEMENT DU CANADIEN PACIFIQUE - ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE POUR LES PENSIONNÉS / RETRAITÉS

**TOUS LES RENSEIGNEMENTS FIGURANT SUR CE FORMULAIRE SONT CONFIDENTIELS**

**LISTE DES BUREAUX**

**COLOMBIE BRITANNIQUE**  
 PO BOX 7000  
 4250 CANADA WAY  
 BURNABY (BRITISH COLUMBIA)  
 V6B 4E1  
 (604) 419-2000

**SASKATCHEWAN**  
 516 SECOND AVENUE NORTH  
 BOX 4030  
 SASKATOON (SASKATCHEWAN)  
 S7K 3T2  
 (306) 244-2662

**MANITOBA**  
 POST OFFICE BOX 1046  
 WINNIPEG (MANITOBA)  
 R3C 2X7  
 (204) 775-0151

**QUÉBEC**  
 CASE POSTALE 3300, SUCC. "B"  
 1981, AV MCGILL COLLEGE, BUREAU 100  
 MONTREAL QC  
 H3B 4Y5  
 (514) 286-8430

**ALBERTA**  
 C.P. 2318, SUCC. Main  
 Edmonton AB  
 T5J 0L8  
 (780) 498-8802

**ONTARIO**  
 POST OFFICE BOX 2000  
 185 THE WEST MALL, SUITE 1200  
 ETOBICOKE (ONTARIO)  
 M9C 5P1  
 (416) 626-1646

**ATLANTIQUES**  
 POST OFFICE BOX 220  
 644 MAIN STREET  
 MONCTON (NEW BRUNSWICK)  
 E1C 8L3  
 (506) 853-1811

VEUILLEZ CORRIGER OU COMPLÉTER ADÉQUATEMENT VOTRE ADRESSE

NOM _____	
ADRESSE _____	
	CODE POSTALE _____

NOM DE L'ADHÉRENT

N° DE CONTRAT

N° DE SECTION

N° D'IDENTIFICATION

\* VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE ET Y JOINDRE LES ORIGINAUX DE VOS FACTURES ET REÇUS DÉTAILLÉS. **CES DOCUMENTS NE VOUS SERONT PAS RETOURNÉS, VEUILLEZ DONC EN CONSERVER DES COPIES POUR FINS DE VÉRIFICATION.**

\* VEUILLEZ SOUMETTRE VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT DANS LES DOUZE (12) MOIS DE LA DATE À LAQUELLE LES FRAIS ONT ÉTÉ ENGAGÉS (SAUF SI UN AVIS CONTRAIRE EST STIPULÉ AU CONTRAT).

\* VEUILLEZ ENVOYEZ LE FORMULAIRE DUMENT COMPLÉTÉ AU BUREAU DE LA CROIX BLEUE DESSERVANT VOTRE PROVINCE DE RÉSIDENCE. LA LISTE DES BUREAUX FIGURE CI-DESSUS.

LES FRAIS FAISANT L'OBJET DE LA DEMANDE SONT-ILS COUVERTS PAR UN AUTRE CONTRAT D'ASSURANCE?	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
VOTRE CONJOINT DÉTIENT-IL UN AUTRE CONTRAT D'ASSURANCE?	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
SI OUI _____				
N° DE CONTRAT	N° DE CONTRAT	NOM DE L'ASSUREUR		

N.B. : LE CONJOINT QUI EST COUVERT PAR UN AUTRE CONTRAT D'ASSURANCE DOIT PRÉSENTER SA RÉCLAMATION À CET ASSUREUR EN PREMIER. FOURNIR ENSUITE À LA CROIX BLEUE ASSURANCE COLLECTIVE LE RELEVÉ DE PAIEMENT ACCOMPAGNÉ D'UNE COPIE DES REÇUS SOUMIS À SON ASSUREUR. LES DEMANDES DE RÈGLEMENT RELATIVES AUX ENFANTS DOIVENT ÊTRE PRÉSENTÉES À L'ASSUREUR DU PARENT (PÈRE OU MÈRE) DONT L'ANNIVERSAIRE DE NAISSANCE ARRIVE EN PREMIER DANS L'ANNÉE CIVILE.

Je comprends que les renseignements personnels fournis ainsi que tous les autres renseignements personnels déjà communiqués ou recueillis plus tard dans le cadre du régime de Croix Bleue peuvent être recueillis, utilisés ou communiqués pour administrer les modalités de ma police, pour me recommander des produits et des services adaptés à mes besoins et pour gérer les affaires de la Compagnie.

Selon le type de protection que je souscris, certains renseignements personnels peuvent être recueillis auprès d'une tierce partie ou communiqués à cette dernière. Ces tierces parties comprennent les autres sociétés Croix Bleue, les professionnels de la santé ou les établissements de santé, les fournisseurs d'assurance-vie ou de protection-santé, le gouvernement et les autorités de réglementation le détenteur de carte de tout contrat dans le cadre duquel je suis un participant, ainsi que d'autres tierces parties lorsque nécessaire pour administrer les produits et services assurés dans la police.

Je comprends que mes renseignements personnels demeureront confidentiels et qu'ils sont protégés. Je comprends que je peux annuler mon consentement en tout temps. Toutefois, si je refuse de donner mon consentement ou si je l'annule, la protection peut m'être refusée ou mon contrat peut être résilié. Je comprends la raison pour laquelle mes renseignements personnels sont requis et je suis conscient(e) des risques et des avantages d'accepter ou de refuser qu'ils soient divulgués. Pour obtenir de plus amples renseignements sur les politiques de la Croix Bleue en matière de protection des renseignements personnels, je peux communiquer avec le personnel de la Croix Bleue au 1 888 873-9200, si j'ai des questions sur la collecte, l'utilisation ou la communication de mes renseignements personnels.

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

Signature \_\_\_\_\_

Une photocopie de cette autorisation est tout aussi valide que l'original. Le présent document de consentement respecte les lois fédérales et provinciales en matière de protection des renseignements personnels.

SI VOUS DEMANDEZ LE RÈGLEMENT D'UNE DEMANDE POUR UN ENFANT À CHARGE (ÂGÉ DE 18 ANS OU DE 21 ANS ET PLUS MAIS DE MOINS DE 25 ANS), VEUILLEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS :

PRÉNOM	NOM DE L'ÉCOLE, DU COLLÈGE OU DE L'UNIVERSITÉ FRÉQUENTÉ	SEMESTRE	TEMPS PLEIN	TEMPS PARTIEL

\* VEUILLEZ INDICHER LE MONTANT TOTAL SOUMIS POUR CHACUN DES CLIENTS PAR ANNÉE CIVILE.

PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE			SEXE	LIEN DE PARENTÉ	MONTANT SOUMIS	ANNÉE CIVILE	À L'USAGE DE LA CROIX BLEUE
	JJ	MM	AA					
<b>TOTAL</b>								