

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

LISTE DES BUREAUX

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
--	--	--	--

VEUILLEZ CORRIGER OU COMPLÉTER ADÉQUATEMENT VOTRE ADRESSE

NOM _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL _____

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 DÛMENT COMPLÉTÉ AU BUREAU CROIX BLEUE MEDAVIE 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 RÉGIME 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	
_____	NOM DE L'ASSUREUR	
N.B. : LE CONJOINT QUI EST COUVERT PAR UN AUTRE CONTRAT D'ASSURANCE DOIT PRÉSENTER SA DEMANDE DE RÈGLEMENT À CET ASSUREUR EN PREMIER. IL DOIT ENSUITE ENVOYER À VOTRE RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE DE CROIX BLEUE MEDAVIE 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 Medavie ou la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada (Croix Bleue Vie) 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 régime 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 Medavie ou Croix Bleue Vie, les professionnels de la santé ou les établissements de santé, les fournisseurs d'assurance vie ou de régimes de soins de santé, le gouvernement et les autorités de réglementation, l'adhérent de tout contrat dans le cadre duquel je suis une personne assurée, ainsi que d'autres tierces parties, lorsque nécessaires 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 couverture 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 des risques et des avantages d'accepter ou de refuser qu'ils soient divulgués. Pour obtenir de plus amples renseignements sur les politiques de Croix Bleue Medavie ou Croix Bleue Vie en matière de protection des renseignements personnels, je peux communiquer avec le personnel de Croix Bleue Medavie ou Croix Bleue Vie au 1-800-667-4511, si j'ai des questions sur la collecte, l'utilisation ou la communication de mes renseignements personnels.

J'autorise Croix Bleue Medavie ou Croix Bleue Vie 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.

S'IL S'AGIT D'UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT 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	TRIMESTRE	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 CROIX BLEUE MEDAVIE
	JJ	MM	AA					
TOTAL								

* 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.