

RÉGIMES D'AVANTAGES SOCIAUX DES RETRAITÉS

FORMULAIRE DE CHANGEMENT

Veuillez remplir les pages 1 et 2



FORMULAIRE DE CHANGEMENT

Numéro de police	Numéro d'identification	Nom et prénom du retraité
Numéro d'assurance sociale du retraité (facultatif)		No. de référence de Vestcor

TYPE DE CHANGEMENT – COCHER ✓

<input type="checkbox"/> Nom	<input type="checkbox"/> Téléphone / courriel	<input type="checkbox"/> Changement d'état civil	<input type="checkbox"/> Inscrire un étudiant
<input type="checkbox"/> Adresse	<input type="checkbox"/> Couverture (annuler, changer)	<input type="checkbox"/> Cesser toute la couverture	<input type="checkbox"/> Inscrire une personne à charge ayant dépassé la limite d'âge

REEMPLIR EN CAS DE CHANGEMENT DES RENSEIGNEMENTS DE L'ADHÉRENT

Nom de famille		Prénom	Initiale	H/F	Date de naissance			A-Ajouter S-Supprimer
					JJ	MM	AA	
Adresse (nom de la rue et numéro)		Retraité						
Ville ou Village	Province	Conjoint						
Code postal	Numéro de téléphone	Enfants (remplir la page 2, s'il y a lieu)						
Adresse courriel		Enfants (remplir la page 2, s'il y a lieu)						

REEMPLIR EN CAS DE CHANGEMENT DE L'ÉTAT CIVIL

<input type="checkbox"/> Ajouter un conjoint* (preuve requise)	<input type="checkbox"/> Enlever un conjoint	Changement d'état civil : _____ JJ/MM/AA
---	--	---

* S'il ajoute un nouveau conjoint ou des personnes à charge admissibles, le retraité doit changer la couverture individuelle pour la couverture familiale dans les **31 jours civils** suivant la date du mariage ou un an de cohabitation.

REMARQUE : Un conjoint survivant d'un retraité du GNB ne peut ajouter un nouveau conjoint ou de nouvelles personnes à charge par suite d'un nouveau mariage.

REEMPLIR EN CAS D'ANNULATION OU DE CHANGEMENT DE COUVERTURE

Prestation	Annuler	Changer pour :		*La couverture de voyage est uniquement disponible avec la couverture santé. Si vous sélectionnez Couverture de voyage, assurez-vous de choisir la même catégorie (individuelle ou familiale) que celle que vous avez sélectionnée pour votre couverture Santé.
Soins médicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Individuelle	<input type="checkbox"/> Familiale	
Assurance voyage*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Individuelle	<input type="checkbox"/> Familiale	
Soins dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Individuelle	<input type="checkbox"/> Familiale	

Date d'entrée en vigueur du changement : _____
JJ/MM/AAAA

REMARQUE : L'annulation de la couverture entrera en vigueur à la fin du mois et n'est pas rétroactive. Les changements entreront en vigueur à compter du premier jour du mois suivant la date de la demande de changement.

Si je demande l'annulation de ma couverture, je comprends ce qui suit :

- Après la date d'entrée en vigueur de l'annulation indiquée ci-dessus, je ne pourrai faire une nouvelle demande de la couverture du régime des retraités de la PNB qu'en tant que demandeur tardif, en fournissant une preuve d'assurabilité - [Déclaration de santé pour les retraités](#).
- Il m'incombe de m'assurer que toute autre couverture répond à mes besoins avant de demander l'annulation de ma couverture (p. ex. « Les coûts liés à mes médicaments sur ordonnance seront-ils couverts? »).

OBLIGATOIRE

Réviser et signer page 2

RÉGIMES D'AVANTAGES SOCIAUX DES RETRAITÉS

FORMULAIRE DE CHANGEMENT



REEMPLIR EN CAS D'INSCRIPTION OU D'ANNULATION D'ÉTUDIANTS À CHARGE QUI FRÉQUENTENT UN ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT POSTSECONDAIRE

La présente atteste que la personne à charge mentionnée ci-dessous est: a) un enfant naturel, adopté ou un beau-fils/une belle-fille du retraité; b) n'est pas marié ou dans une relation de conjoint de fait; c) sans emploi - dépendant du retraité pour sa prise en charge financière; d) est âgée de 21 ans mais de moins de 26 ans; ET e) inscrit à temps plein dans un établissement d'enseignement postsecondaire accrédité. **Doit joindre une preuve d'inscription à temps plein dans un établissement d'enseignement postsecondaire accrédité.**

Nom de l'étudiant à charge _____

Adresse de l'étudiant à charge _____
Numéro et nom de la rue Ville/Village Province/État Code postal

Cochez la case appropriée :

L'étudiant à charge fréquente _____ depuis le _____.
Nom de l'école, de l'université ou du collège agréé JJ/MM/AA

L'étudiant à charge susmentionné ne fréquente plus un établissement d'enseignement, une université ou un collège agréé à temps plein, et son inscription à mon régime d'avantages sociaux doit être annulée.

Remarque : La couverture de la personne à charge est automatiquement annulée quand celle-ci atteint l'âge de 21 ans ou 26 ans, à moins qu'elle ne soit inscrite comme étudiant d'un établissement d'enseignement postsecondaire.

REEMPLIR EN CAS DE L'INSCRIPTION D'UNE PERSONNE À CHARGE AYANT DÉPASSÉ L'ÂGE LIMITE

La présente atteste que la personne à charge mentionnée ci-dessous est: a) un enfant naturel, adopté ou un beau-fils/une belle-fille du retraité; b) n'est pas marié ou dans une relation de conjoint de fait; c) sans emploi - dépendant du retraité pour sa prise en charge financière; ET d) âgée de plus de 21 ans et est atteinte d'un handicap mental ou physique diagnostiqué avant l'âge de 21 ans, ou avant l'âge de 26 ans s'il était étudiant à temps plein à la date du diagnostic. Doit remplir le [Questionnaire pour personne à charge spéciale](#). * Une attestation d'invalidité pourrait être exigée.

Nom de la personne à charge ayant dépassé l'âge limite _____

Adresse de la personne à charge ayant dépassé l'âge limite _____
Numéro et nom de la rue Ville/Village Province/État Code postal

Remarque : La couverture de la personne à charge est automatiquement annulée quand la personne atteint l'âge de 21 ans ou 26 ans, à moins que celle-ci ne soit inscrite en tant que personne à charge ayant dépassé l'âge limite.

CONSENTEMENT EN MATIÈRE DE PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE ET AUTORISATION (EXIGÉE POUR TOUS LES CHANGEMENTS)

CONSENTEMENT EN MATIÈRE DE PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE : Je comprends que les renseignements personnels fournis dans le présent formulaire ainsi que tous les autres renseignements personnels 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 modalités énoncées dans ma police ou dans la police collective dont je suis membre admissible, pour me recommander des produits et des services, et pour gérer les affaires de Croix Bleue. Selon le type de couverture 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 de la 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 lorsqu'ils s'avèrent nécessaires pour administrer les garanties énoncées dans la police dont je suis membre admissible. En outre, je comprends que les informations personnelles fournies dans le présent document seront communiquées à Vestcor si vous optez pour des paiements par déduction de la pension.

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 couverture ou les prestations demandées. Je comprends la raison pour laquelle mes renseignements personnels sont nécessaires et je suis conscient des risques et des avantages de consentir ou de refuser de consentir à la divulgation de mes renseignements.

Une photocopie de cette autorisation est valide au même titre que l'original. Ce formulaire de consentement respecte les lois fédérales et provinciales sur la protection des renseignements personnels. Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet des politiques de confidentialité de Croix Bleue Medavie, visitez le site Web www.medavie.croixbleue.ca ou composez le 1-800-667-4511. Des informations supplémentaires concernant les politiques de confidentialité de Vestcor peuvent être soumises à l'équipe des services aux membres de Vestcor, soit par la poste (C.P. 6000, Fredericton, N.-B., E3B 5H1), par téléphone (506-453-2296 ou 1-800-561-4012) ou par courriel (info@vestcor.org). De plus, vous pouvez prendre connaissance de l'énoncé de Vestcor sur la protection des renseignements personnels à l'adresse vestcor.org/renseignements-personnels.

AUTORISATION : J'atteste que les renseignements susmentionnés sont justes et j'autorise les retenues à la source, au besoin. J'autorise la Croix Bleue à recueillir, à utiliser et à divulguer mes renseignements personnels comme il est décrit dans la section de Consentement en matière de protection de la vie privée ci-dessus.

Signature du retraité : _____ Date : _____

FAIRE PARVENIR LE FORMULAIRE REMPLI À UNE DES ADRESSES CI-DESSOUS

Si vos primes mensuelles sont prélevées de votre prestation de pension, veuillez faire parvenir le formulaire dûment rempli à :

Vestcor
C.P. 6000
Fredericton (N.-B.) E3B 5H1
Pour information : 1-800-561-4012
Télécopieur : 506-457-7388

Si vous payez vos primes mensuelles au moyen de prélèvements automatiques, veuillez faire parvenir le formulaire dûment rempli à :

Croix Bleue Medavie
644 rue Main, C.P. 220
Moncton (N.-B.) E1C 8L3
Pour information : 1-800-667-4511
Télécopieur : 506-869-9653