

**RÉGIMES DES AVANTAGES SOCIAUX
GUIDE POUR LES EMPLOYÉS ACTIFS POUR L'ADHÉSION OU LES CHANGEMENTS**

****ATTENTION RAPIDE - ACTION NÉCESSAIRE****

VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT LE FORMULAIRE AVANT DE LE REMPLIR

Remplissez, signez et datez ce formulaire pour adhérer aux régimes d'avantages sociaux du gouvernement du Nouveau-Brunswick ou modifier la couverture dont vous bénéficiez actuellement aux termes des régimes en question.

Adhésion

- Vérifiez que vous et les membres de votre famille répondez aux définitions des personnes qui ont le droit de participer aux régimes d'avantages sociaux des employés en prenant connaissance du [feuillelet au sujet des prestations des régimes d'avantages sociaux – critères d'admissibilité](#).
- Après avoir rempli au complet la section ou les sections applicables et signé le formulaire ou les formulaires, vous devez transmettre le tout à votre employeur **dans les 31 jours de la date à laquelle vous avez le droit de participer**.

Changer la couverture

- Si vous êtes effectivement au travail (capable de travailler votre horaire régulier) et voulez apporter des changements à votre couverture, vous DEVEZ le faire dans les 31 jours qui suivent un changement dans la vie admissible (voir la liste ci-dessous).

Si vous êtes en congé du travail approuvé, vous DEVEZ soumettre votre/vos changement(s) dans les 31 jours de la date de votre retour au travail. Il existe des dispositions qui permettent aux employés en congé approuvé de changer leur couverture dans les 31 jours qui suivent le changement dans la vie si :

- 1) l'employé est en congé de maternité/paternité ou d'adoption et a continué sa couverture pour la durée de son congé, ou
- 2) l'employé a perdu involontairement sa couverture sous un régime du (de la) conjoint(e).

- Pour les changements dans la vie ci-dessous, votre employeur devra voir une preuve de couverture de l'assurance-maladie (carte d'assurance-maladie), accompagnée des documents suivants, dès qu'ils sont disponibles :

Changement dans la vie	Qui peut être ajouté?	Documents requis
Mariage	Le (La) conjoint (e) ou sa personne ou ses personnes à charge	Certificat de mariage
Union de fait	Le (La) conjoint(e) ou sa personne ou ses personnes à charge	Formulaire de déclaration officielle d'union de fait
Naissance ou adoption	Nouveau-né ou enfant adopté	Acte de naissance ou documents relatifs à une adoption légale
Divorce/séparation	Enfants à charge	Jugement de divorce ou entente de séparation
Décès du conjoint	Enfants à charge	Certificat de décès
Perte involontaire de la couverture de l'employé(e) aux termes du régime du (de la) conjoint(e)	Employé (e), conjoint(e) et personnes à charge admissibles	S'applique seulement à la couverture de soins médicaux et/ou dentaires. Avis de fin de la couverture semblable provenant de l'employeur ou de l'assureur (dont la date de fin de la couverture, une description de la couverture et une attestation de qui était couvert).

Demandeur tardif

Si vous et/ou vos personnes à charge admissibles ne vous inscrivez pas aux régimes d'avantages sociaux des employés **dans les 31 jours** suivant la date d'admissibilité ou du changement de couverture, vous et/ou vos personnes à charge admissibles serez considérés comme [demandeurs tardifs](#).

Pour de plus amples renseignements, consultez le www.gnb.ca/avantages sociaux ou vous trouverez :

- Le feuillelet sur les prestations au sujet des critères d'admissibilité qui explique qui est admissible à participer et les exigences auxquelles il faut répondre.
- Le feuillelet sur les prestations au sujet des demandeurs tardifs qui explique les dispositions et les risques associés pour demandeur tardif.
- Des brochures sur les avantages sociaux des employés qui fournissent des renseignements sur les couvertures comme les produits et services admissibles et les prestations maximales.
- La déclaration d'état de santé pour garantie supplémentaire d'assurance-vie ainsi que la déclaration d'état de santé pour régime de soins médicaux et voyage ou protection d'invalidité de longue durée.
- Et bien plus encore!

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre équipe des Services aux membres à Vestcor au 506-453-2296 ou au 1-800-561-4012.

SECTION A : DOIT ÊTRE REMPLIE PAR L'EMPLOYÉ(E)

DEMANDE :	<input type="checkbox"/> d'adhésion	<input type="checkbox"/> de changement de couverture	<input type="checkbox"/> demande tardive – Joindre la déclaration d'état de santé applicable
	<input type="checkbox"/> de transfert de la couverture	<input type="checkbox"/> de changement de bénéficiaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Déclaration d'état de santé pour garantie supplémentaire d'assurance-vie ▪ Déclaration d'état de santé pour régime de soins médicaux et voyages ou protection invalidité de longue durée
	<input type="checkbox"/> de cessation/d'annulation de la couverture	<input type="checkbox"/> de changement de nom	<input type="checkbox"/> Autre _____

Nom de l'employé(e)	Prénom	Initiale du second prénom	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance (JJ/MM/AA)	Numéro d'assurance sociale
---------------------	--------	---------------------------	--	------------------------------	----------------------------

SÉLECTIONNER LES OPTIONS DE COUVERTURE

1. ASSURANCE-VIE – GARANTIE DE BASE ET MONTANT ÉGAL ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS OU MUTILATION PAR ACCIDENT (DMA) (obligatoire)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 X le salaire annuel
---	---

2. ASSURANCE-VIE – GARANTIE SUPPLÉMENTAIRE ET MONTANT ÉGAL ASSURANCE DMA (facultatif)	<input type="checkbox"/> Refuser <input type="checkbox"/> Annuler <input type="checkbox"/> 1 X le salaire annuel <input type="checkbox"/> 2 X le salaire annuel <input type="checkbox"/> 3 X le salaire annuel <input type="checkbox"/> 4 X le salaire annuel
Applicable aux juges seulement {	

3. DMA VOLONTAIRE (facultatif)	<input type="checkbox"/> Refuser <input type="checkbox"/> Annuler <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale	Capital assuré _____ \$ (tranches de 10 000 \$ jusqu'à 500 000 \$)
---------------------------------------	---	--

4. ASSURANCE-VIE DES PERSONNES À CHARGE (facultatif)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Refuser <input type="checkbox"/> Annuler	NOTA : Le (La) bénéficiaire est l'employé(e)
---	---	---

5. INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (ILD) (obligatoire pour les groupes admissibles)	<input type="checkbox"/> Adhérer <input type="checkbox"/> Non admissible <input type="checkbox"/> A manqué l'adhésion (des primes rétroactives de jusqu'à 12 mois sont exigées) <input type="checkbox"/> Demande tardive – Remplir la déclaration d'état de santé pour l'ILD
---	--

6. SOINS MÉDICAUX (facultatif)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Refuser <input type="checkbox"/> Annuler	<input type="checkbox"/> Changer	Si « oui » ou « changer », remplir la section C à la page 2
---------------------------------------	---	----------------------------------	--

7. SOINS DENTAIRES (facultatif)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Refuser <input type="checkbox"/> Annuler	<input type="checkbox"/> Changer	Si « oui » ou « changer », remplir la section C à la page 2 Nota : Si « oui », une participation minimale de 2 ans est exigée.
--	---	----------------------------------	---

DÉSIGNATION D'UN BÉNÉFICIAIRE POUR L'ASSURANCE-VIE DE BASE, SUPPLÉMENTAIRE ET DMA VOLONTAIRE

8. NOMMEZ VOTRE/VOS BÉNÉFICIAIRE(S) CI-DESSOUS ET COCHEZ LA/LES CASE(S) D'ASSURANCE QUI S'APPLIQUE :

Assurance-vie de base	Assurance-vie supplémentaire	DMA volontaire	Désignation du (de la) bénéficiaire (prénom et nom)	Date de naissance ¹ (JJ/MM/AA)	Lien avec l'employé(e)	Pourcentage de la prestation payée (doit totaliser 100 %)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____

¹ Si l'un ou l'une des bénéficiaires indiqués ci-dessus est une personne mineure, désignez un fiduciaire qui recevra et déboursera les sommes payables aux termes de la police ou des polices susmentionnées jusqu'à la majorité de la personne ou des personnes en question. Non applicable au Québec.

_____	_____	(____) _____
Prénom et nom du fiduciaire	Lien avec l'employé(e)	Numéro de téléphone

9. **REFUSER/ANNULER LES PRESTATIONS FACULTATIVES :** J'ai lu le [feuillet au sujet des prestations des régimes d'avantages sociaux – Demandeurs tardifs](#) et je comprends qu'en refusant ou annulant toutes garanties facultatives mentionnées ci-dessus, que mes personnes à charge et moi-même pourrions être considérés comme Demandeur(s) tardif(s) et je suis conscient(e) des risques associés si je décide ou si nous décidons de s'inscrire à une date ultérieure.

10. **AUTORISATION :** Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts et j'autorise les retenues à la source, au besoin. En fournissant mon numéro d'assurance sociale, j'autorise la compagnie d'assurance, l'administrateur du régime et l'administrateur de la paie et des avantages sociaux à l'utiliser à des fins d'identification seulement.

Signature de l'employé(e) : _____ Date : _____

**** EMPLOYÉ : TRANSMETTRE À L'EMPLOYEUR (SERVICES DES RESSOURCES HUMAINES OU DE LA PAIE) ****

SECTION B : DOIT ÊTRE REMPLIE PAR L'EMPLOYEUR (SERVICES DES RESSOURCES HUMAINES OU DE LA PAIE)

Nom de l'employeur	Date d'embauche (JJ/MM/AA) :	Date d'entrée en vigueur de la couverture ou du changement (JJ/MM/AA) :
--------------------	------------------------------	---

Type d'emploi (en cocher un) <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel – h/sem. _____	Situation d'emploi (en cocher un) <input type="checkbox"/> Permanent <input type="checkbox"/> Saisonnier <input type="checkbox"/> Occasionnel <input type="checkbox"/> Temporaire/ Durée déterminée <input type="checkbox"/> Autre _____
--	---

<input type="checkbox"/> Syndiqué <input type="checkbox"/> Non syndiqué	Nom du groupe de négociation (s'il y a lieu)
---	--

Signature de l'employeur : _____ Date : _____

**** EMPLOYEUR : TRANSMETTRE À VESTCOR ****

**RÉGIMES DES AVANTAGES SOCIAUX
FORMULAIRE D'ADHÉSION/DE CHANGEMENT DES EMPLOYÉS ACTIFS**



SECTION C : DOIT ÊTRE REMPLIE PAR L'EMPLOYÉ POUR ADHÉRER AU RÉGIME DE SOINS MÉDICAUX ET/OU AU RÉGIME DE SOINS DENTAIRES OU POUR CHANGER LA COUVERTURE DU RÉGIME OU DES RÉGIMES

d'adhésion
 de changement d'adresse/de téléphone
 de changement de couverture
 demande tardive – [Joindre la déclaration d'état de santé](#)
DEMANDE :
 de changement de nom
 changement de personnes à charge
 transfert de la couverture [EMPLOYÉ(E) ACTIF (VE)]
 autre _____

¹ Numéro d'identification de Croix Bleue Medavie (11 chiffres) :	Adhérer/ Ajouter		Changer		Couverture individuelle	Couverture familiale
	SOINS MÉDICAUX ET ASSURANCE VOYAGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOINS MÉDICAUX ET ASSURANCE VOYAGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOINS DENTAIRES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOINS DENTAIRES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ(E)

Nom de l'employé(e)		Prénom	Initiale du second prénom	Date de naissance (JJ/MM/AA)	<input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme	Numéro de téléphone () -
Préférence linguistique <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> français	Adresse (nom de la rue et numéro)		Ville	Province		Code postal

RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE (COUVERTURE FAMILIALE SEULEMENT)

Adhérer Ajouter	Changer de nom	Supprimer	Nom de famille	Prénom	Initiale	Sexe M/F	Date de naissance (JJ/MM/AA)	Si l'enfant à charge a 21 ans ou plus	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conjoint					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfants					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REPLIR SI L'ENFANT À CHARGE À 21 ANS OU PLUS

Étudiant(e) à temps plein :	Nom de l'école, de l'université ou du collège agréé	Semestre (JJ/MM/AA) du : _____ au : _____
Personne à charge spéciale :	La couverture est assujettie à l'approbation de Croix Bleue Medavie (CBM). Le Questionnaire pour personne à charge spéciale situé au http://web.medavie.bluecross.ca/fr/linked/all-forms doit être rempli et envoyé par courriel, la poste ou par télécopieur à CBM.	

REPLIR POUR L'ADHÉSION/L'AJOUT D'UN(E) CONJOINT(E)

Pour les personnes mariées, indiquer la date du mariage (JJ/MM/AA) :	Pour les personnes vivant en union de fait, indiquer la date de début de la cohabitation (JJ/MM/AA) :
--	---

CONSENTEMENT EN MATIÈRE DE PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE : Je comprends que les renseignements personnels fournis ainsi que tous les autres renseignements personnels déjà communiqués ou recueillis plus tard par Croix Bleue Medavie ou la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada peuvent être recueillis, utilisés ou communiqués pour administrer les modalités de ma police ou de ma police collective dont je suis un(e) adhérent(e) admissible, pour me recommander des produits et des services et pour gérer les affaires de Croix Bleue. Selon le type de couverture 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, ainsi que d'autres tierces parties au besoin pour administrer les prestations énoncées dans la police dont je suis un membre admissible. 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, Croix Bleue pourrait ne pas me fournir la couverture ou les prestations demandées. 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. Une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original. Le présent consentement est conforme aux lois fédérales et provinciales sur la protection de la vie privée. Pour de plus amples renseignements concernant les politiques sur la protection de la vie privée à Croix Bleue Medavie, visitez le site www.medavie.croixbleue.ca ou composez le 1-800-667-4511.

AUTORISATION : Je certifie que l'information ci-dessus est exacte et j'autorise les retenues à la source, au besoin. J'autorise Croix Bleue à recueillir, utiliser et communiquer mes renseignements personnels comme il est décrit dans la section ci-dessus portant sur le consentement en matière de protection de la vie privée.

Signature de l'employé(e) : _____ Date : _____

**** EMPLOYÉ : TRANSMETTRE À L'EMPLOYEUR (SERVICES DES RESSOURCES HUMAINES OU DE LA PAIE) ****

SECTION D : DOIT ÊTRE REMPLIE PAR L'EMPLOYEUR (SERVICES DES RESSOURCES HUMAINES OU DE LA PAIE)

Nom de l'employeur GOUVERNEMENT DU NOUVEAU-BRUNSWICK	Nom du ministère, de la régie de santé, du district scolaire, etc.	N° de feuille de paie (max. de 9 caractères)	
Date d'embauche (JJ/MM/AA)	Date d'entrée en vigueur de la couverture ou du changement (JJ/MM/AA)	N° de police et section	Numéro d'identification de l'employé(e)

Nota : Si l'employé(e) ajoute un(e) étudiant(e) à temps plein comme personne à charge âgée de 21 ans ou plus, l'employeur doit mettre à jour les renseignements sur l'état ou demander de nouvelles cartes d'identification en visitant le [site des administrateurs de régimes collectifs](http://web.medavie.bluecross.ca/fr/linked/group-administrators) à <http://web.medavie.bluecross.ca/fr/linked/group-administrators> ou en soumettant la demande par courriel, la poste ou par télécopieur à Croix Bleue Medavie.

Signature de l'employeur : _____ Date (JJ/MM/AA) : _____

**** EMPLOYEUR : TRANSMETTRE À CROIX BLEUE MEDAVIE (CBM) OU RETENIR CE FORMULAIRE POUR VOTRE DOSSIER SI ENREGISTRÉ PAR L'ENTREMISE DU SITE DES ADMINISTRATEURS DE RÉGIMES COLLECTIFS ****

CBM : 644, rue Main, C.P. 220, Moncton (N.-B.) E1C 8L3

Tél. : 1-800-667-4511 Téléc. : 506-869-9653; Courriel : bc_custsupp_enrollmentDart@medavie.croixbleue.ca