

Directives :

- 1) Les employés admissibles qui transfèrent au régime des retraités du gouvernement du Nouveau-Brunswick doivent remplir la section A au complet. S'il paie ses primes au moyen de paiements par prélèvement automatique, l'employé devra également remplir section B et envoyer le formulaire à son employeur.
- 2) L'employeur doit remplir section C au complet et faire parvenir le formulaire à Croix Bleue Medavie ou à la Vestcor, comme indiqué au bas du formulaire.

Section A : Doit être remplie par l'employé

Nom de famille de l'employé		Inscription individuelle						
Adresse (nom de la rue et numéro)		Prénom	Initial	H/F	Date de naissance JJ MM AAAA			Statut de la personne à charge E=Étudiant (Collège/ Université) S=Handicapé
Ville ou Village	Province	Employé						
Code postal	Numéro de téléphone () -	Conjoint						
Numéro d'assurance sociale -- --	Préférence linguistique <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	Enfants						
Adresse de courriel								

1. Couverture actuelle de l'employé :	Soins médicaux incluant voyage	Soins dentaires		2. Choisir la couverture qui est transférée :	Soins médicaux incluant voyage	OU	Soins médicaux sans voyage	Soins dentaires
Employé seulement (individuelle)			- option →	Employé seulement (individuelle)				
Employé et une personne à charge (deux personnes)			- options →	Employé seulement (individuelle) OU Employé + personnes à charges (familiale*)				
Employé et deux personnes à charge ou plus			- options →	Employé seulement (individuelle) OU Employé + personnes à charges (familiale*)				

* La couverture familiale est équivalente à Employé + tout nombre de personnes à charge.

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.

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.

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 de l'employé : _____ Date : _____

Section B : Doit être remplie par l'employé s'il paie ses primes au moyen de paiements par prélèvement automatique

Autorisation relative aux prélèvements automatiques : Veuillez joindre un chèque annulé.

Institution financière (IF) : _____ Numéro de téléphone : _____

Adresse : _____

Ville/Village : _____ Province : _____ Code postal : _____

CONSENTEMENT : J'autorise (Nous autorisons) Croix Bleue Medavie et l'institution financière désignée (ou toute autre institution financière que je pourrais (nous pourrions) autoriser en tout temps) à commencer le prélèvement, selon mes (nos) instructions, des versements périodiques ou des versements uniques occasionnels pour le paiement des primes d'assurance. Des paiements mensuels réguliers seront prélevés du compte que j'ai (nous avons) indiqué le premier jour ouvrable de chaque mois. **Croix Bleue Medavie ne donnera pas de préavis mensuels, mais donnera un préavis de 30 jours si le prélèvement est susceptible de changer.** Croix Bleue Medavie obtiendra mon (notre) autorisation pour tout autre prélèvement unique ou sporadique. Croix Bleue Medavie exige un avis écrit pour les changements apportés aux renseignements bancaires.

Cette autorisation demeure valide jusqu'à ce que Croix Bleue Medavie reçoive un avis écrit de ma (notre) part pour y apporter des changements ou l'annuler. Cet avis doit être reçu au moins trente (30) jours ouvrables avant la date prévue du prochain prélèvement. Il doit être envoyé au Service d'administration de Croix Bleue Medavie. Je peux (Nous pouvons) obtenir un spécimen de formulaire d'annulation ou plus de renseignements sur mon (notre) droit d'annuler l'entente relative aux prélèvements automatiques auprès de mon (notre) institution financière ou en visitant le www.cdnpay.ca.

J'ai (Nous avons) certains droits de recours advenant qu'un prélèvement ne soit pas conforme à cette entente. Par exemple, j'ai (nous avons) le droit de recevoir un remboursement pour un prélèvement automatique non autorisé ou non conforme à la présente entente. Pour obtenir un formulaire de demande de remboursement, ou pour obtenir plus de renseignements sur mes (nos) droits de recours, je peux (nous pouvons) communiquer avec mon (notre) institution financière ou visiter le www.cdnpay.ca.

Signature(s) autorisée(s) : _____ Date : _____

Section C : Doit être remplie par l'employeur

Employeur (nom du ministère, de la régie régionale de la santé ou du district scolaire) _____ Date du dernier prélèvement mensuel effectué par l'employeur _____

Numéro de la police collective de l'employé _____ Couverture de l'employé pour le mois de _____

Numéro d'identification de l'employé _____ Transfert au(x) régime(s) des retraités au mois de _____

_____ Pour la couverture commençant au mois de _____

Signature de l'employeur

Date

Si l'employé paie ses primes au moyen de paiements préautorisés, envoyez le formulaire dûment rempli à :

Croix Bleue Medavie
644 rue Main, C.P. 220 Pour information : 1-800-667-4511
Moncton (N.-B.) E1C 8L3 Télécopieur : (506) 869-9653
ou par courriel à : MAAX.Administrateurs.Polices@medavie.bluecross.ca

Si les primes de l'employé sont prélevées de sa pension, envoyez le formulaire dûment rempli à :

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