

# RÉGIMES D'AVANTAGES SOCIAUX DES RETRAITÉS

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE TRANSFERT



**Directives importantes :**

- Pour pouvoir transférer aux régimes d'avantages sociaux des retraités de la province du Nouveau-Brunswick les employés et leurs personnes à charge doivent avoir participé aux régimes d'avantages sociaux des employés actifs immédiatement (au moins un mois) avant la date de départ à la retraite de l'employé. Pour plus d'informations sur votre admissibilité et celle de vos personnes à votre charge, veuillez consulter le [livret des avantages sociaux des retraités](#).
- L'assurance voyage n'est disponible qu'avec la couverture de soins médicaux. Si vous choisissez l'assurance voyage, assurez-vous de choisir la même couverture (individuelle ou familiale) que celle que vous avez sélectionnée pour votre couverture de soins médicaux.
- Les employés admissibles qui transfèrent au régime des retraités de la PNB doivent remplir la section A et B au complet. L'employeur doit remplir la section C au complet et faire parvenir le formulaire à Croix Bleue Medavie, 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	Initiale	H/F	Date de naissance			Statut de la personne à charge		
					JJ	MM	AA			
Ville ou Village	Province	Employé						E=Étudiant (Collège/ Université) S=Handicapé		
Code postal	Numéro de téléphone	Conjoint								
Numéro d'assurance sociale (facultatif)	Préférence linguistique <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais		Enfants							
	No. d'employé <b>OU</b> no. de référence de Vestcor									
Adresse courriel										
<b>1. Couverture actuelle de l'employé :</b>		Soins médicaux incluant voyage	Soins dentaires		<b>2. Choisir la couverture qui est transférée :</b>		Soins médicaux incluant voyage	<b>OU</b>	Soins médicaux sans voyage	Soins dentaires
Employé seulement (individuelle)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>option</i>	Employé seulement (individuelle)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Employé et une personne à charge (deux personnes)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>options</i>	Employé seulement (individuelle) <b>OU</b>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Employé + personnes à charges (familiale*)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Employé et deux personnes à charge ou plus (familiale)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>options</i>	Employé seulement (individuelle) <b>OU</b>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Employé + personnes à charges (familiale*)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* 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. 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](http://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](mailto:info@vestcor.org)). De plus, vous pouvez prendre connaissance de l'énoncé de Vestcor sur la protection des renseignements personnels à l'adresse [www.vestcor.org/renseignements-personnels](http://www.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.

*Pour les signatures numériques seulement*

Je soussigné, \_\_\_\_\_, déclare par la présente avoir validé l'authenticité de la signature numérique de l'employé.

Date : \_\_\_\_\_ Signature de l'employé : \_\_\_\_\_

RÉGIMES D'AVANTAGES SOCIAUX DES RETRAITÉS  
FORMULAIRE DE DEMANDE DE TRANSFERT



**Section B : Doit être remplie par l'employé - Paiement des primes 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](http://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](http://www.cdnpay.ca).

*Pour les signatures numériques seulement*

Je soussigné, \_\_\_\_\_, déclare par la présente avoir validé l'authenticité de la signature numérique de l'employé.

Date : \_\_\_\_\_ Signature(s) autorisée(s) : \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Signature de l'employeur : \_\_\_\_\_

**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  
Moncton (N.-B.) E1C 8L3

**Pour information : 1-800-667-4511**  
**Télécopieur : (506) 869-9653**  
**ou par courriel à : [MAAX.Administrateurs.Polices@medavie.bluecross.ca](mailto:MAAX.Administrateurs.Polices@medavie.bluecross.ca)**