

*Dans ce formulaire, le masculin englobe les deux genres et est utilisé pour alléger le texte.*

**Directives - remplir le présent formulaire et le retourner à Croix Bleue Medavie avec le certificat de décès. La section Renseignements sur l'adhérent doit être remplie.**

**RENSEIGNEMENT SUR L'ADHÉRENT**

Nom de famille de l'employé : \_\_\_\_\_ Prénom de l'employé : \_\_\_\_\_

Date d'embauche (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_

Dernière pleine journée de travail sur les lieux de travail (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENT GÉNÉRAL**

Titulaire de la police : **PROVINCE DU NOUVEAU-BRUNSWICK** Numéro de la police : **19800/19500**

Nom du défunt : \_\_\_\_\_

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_ Date du décès (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_

Dernière adresse du défunt : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Lien avec l'adhérent :  Conjoint  Enfant à charge (inclure une copie du certificat de naissance)

**DÉCLARATION DU DEMANDEUR**

Cause du décès : \_\_\_\_\_

Nom du demandeur : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone du demandeur : \_\_\_\_\_

Lien (bénéficiaire, fiduciaire, exécuteur, etc.) : \_\_\_\_\_

Date de naissance du demandeur (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**EN CAS DE DÉCÈS ATTRIBUABLE À UN ACCIDENT**

*Veillez fournir le formulaire Preuve du décès - Déclaration du médecin ainsi que le rapport de police, le rapport d'autopsie et l'analyse toxicologique, s'il y a lieu.*

Lieu de l'accident : \_\_\_\_\_ Date de l'accident (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_

Description de l'accident : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Dans ce formulaire, le masculin englobe les deux genres et est utilisé pour alléger le texte.**

### AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE

VEUILLEZ JOINDRE UN CHÈQUE PORTANT LA MENTION « ANNULÉ » ICI.

Institution financière : \_\_\_\_\_

Adresse de l'institution financière : \_\_\_\_\_

Numéro transitaire de l'institution financière : \_\_\_\_\_ Numéro de la succursale : \_\_\_\_\_

Numéro de compte : \_\_\_\_\_

Je demande que mes prestations soient payées par virement électronique de fonds (dépôt direct) sur ce compte. Je peux annuler cette autorisation à tout moment en donnant un avis écrit à Croix Bleue.

Signature : \_\_\_\_\_ Date (aaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_

### ATTESTATION

Je certifie par la présente qu'à ma connaissance, les renseignements fournis ci-dessus sont véridiques et complets.

Daté à \_\_\_\_\_ en ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ de l'an \_\_\_\_\_

Signature du demandeur : \_\_\_\_\_

Adresse postale complète : \_\_\_\_\_

Signature du témoin : \_\_\_\_\_

Adresse postale complète : \_\_\_\_\_

### AUTORISATION DU DEMANDEUR

Par la présente, j'autorise les médecins autorisés, les médecins praticiens, les hôpitaux, les cliniques, les établissements médicaux ou liés aux soins de santé, les compagnies d'assurance ou les autres organisations, les institutions ou les personnes ayant des dossiers ou des renseignements sur feu \_\_\_\_\_ ou sur sa santé à divulguer ces renseignements à Croix Bleue Medavie. Une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Daté à \_\_\_\_\_ en ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ de l'an \_\_\_\_\_

Signature du demandeur : \_\_\_\_\_

Signature du témoin : \_\_\_\_\_