GUIDE POUR REMPLIR LE FORMULAIRE D'ADHÉSION/DE CHANGEMENTS POUR LES EMPLOYÉS ACTIFS

ATTENTION RAPIDE - ACTION NÉCESSAIRE

VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT LE FORMULAIRE AVANT DE LE REMPLIR

Remplissez, datez et signez ce formulaire pour **ADHÉRER** ou **CHANGER** votre couverture actuelle dans les régimes d'avantages sociaux des employé(e)s du gouvernement du Nouveau-Brunswick (GNB).

- Pour adhérer en tant qu'employé(e), vérifiez que vous et les membres de votre famille (personnes à charge) répondez aux définitions des personnes admissibles à participer aux régimes d'avantages sociaux des employé(e)s en consultant le **feuillet d'information – critères d'admissibilité**. Une personne à charge est votre conjoint(e) et/ou vos enfants. Vous **DEVEZ** soumettre un formulaire d'inscription/modification dans les **31 jours civils suivant votre date d'admissibilité.**
- Pour adhérer et/ou apporter des changements à votre couverture actuelle en raison d'un changement dans la vie **pendant que vous êtes activement au travail**, vous **DEVEZ** soumettre un formulaire d'adhésion/de changement dans les **31 jours civils qui suivent le changement dans la vie** (voir le tableau ci-dessous).
- Si le changement dans la vie survient **pendant que vous êtes en congé autorisé**, vous aurez **31 jours civils suivant la date de votre retour au travail** pour soumettre un formulaire d'adhésion/de changement pour adhérer et/ou d'apporter des changements à votre couverture actuelle. Il existe des **exceptions** pour les deux changements dans la vie décrits ci-dessous.
    - **Naissance ou adoption :**
        - Si vous avez maintenu votre couverture pendant votre congé de maternité/paternité ou d'adoption, vous avez **31 jours civils** à partir de la date de la naissance ou de l'adoption pour ajouter des personnes à charge et/ou apporter des changements à votre couverture actuelle. **Si le délai des 31 jours civils est dépassé**, vous devrez attendre votre retour au travail pour soumettre une demande tardive afin d'adhérer à votre couverture existante ou d'y apporter des modifications. **Aucune demande tardive ne sera acceptée pendant un congé autorisé.**
        - Si vous n'avez pas maintenu votre couverture ou si vous n'aviez pas de couverture avant ce changement dans la vie, vous avez **31 jours civils** suivant la date de votre retour au travail pour adhérer, ajouter des personnes à charge et/ou apporter des changements à votre couverture actuelle.
    - **Perte involontaire de la couverture:**
        - Si vous et/ou vos personnes à charge perdez involontairement votre couverture de soins médicaux et/ou soins dentaires, vous avez de **31 jours civils** à compter de la date à laquelle vous avez perdu votre couverture pour adhérer et/ou apporter des changements à votre couverture actuelle. **Si le délai des 31 jours civils est dépassé**, vous devrez attendre votre retour au travail pour soumettre une demande tardive afin d'adhérer à votre couverture existante ou d'y apporter des modifications. **Aucune demande tardive ne sera acceptée pendant un congé autorisé.**
- Pour adhérer aux régimes de soins médicaux, d'assurance voyage et/ou de soins dentaires, **la preuve d'une couverture d'assurance maladie d'un gouvernement provincial ou territorial** est requise (par exemple, la carte Medicare).

IMPORTANT - Lorsque vous remplissez le formulaire, si vous laissez une section de couverture facultative vide sans l'indiquer comme « refuser », nous traiterons le formulaire tel qu'il a été soumis et l'interpréterons comme une décision de ne pas choisir cette couverture. Si vous ne vous inscrivez pas ou n'effectuez pas les changements dans les 31 jours civils suivant la date d'admissibilité, vous serez considérés comme **demandeur tardif** et risquez donc de vous voir refuser la couverture par l'assureur.

- Une fois que vous avez entièrement rempli la ou les sections applicables et signé le ou les formulaires, ceux-ci doivent être envoyés à votre employeur **dans les 31 jours civils suivant votre date d'admissibilité.**

Remarque : Si vous ne pouvez pas obtenir les documents requis dans un délai de 31 jours civils, envoyez immédiatement le formulaire d'adhésion/de changement à votre employeur, puis envoyez les documents requis lorsqu'ils sont disponibles.

Changement dans la vie	Qui peut être ajouté?	Documents requis
1. Mariage 2. Union de fait	Employé(e), conjoint(e) et enfants à charge	1. Copie du certificat/déclaration de mariage. 2. La **Déclaration officielle d'union de fait**. **IMPORTANT :** l'ajout d'un conjoint de fait, ne peut être fait que dans les 31 jours civils suivant une année de cohabitation.
1. Naissance 2. Adoption	Employé(e), conjoint(e) et enfants à charge	1. Copie du certificat de naissance. 2. Copie des documents d'adoption signés et scellés.
1. Divorce 2. Séparation	Employé(e) et enfants à charge	1. Copie du jugement de divorce. 2. Copie de l'entente de séparation.
Décès du conjoint	Employé(e) et enfants à charge	Copie du certificat de décès.
Inscription initiale aux études postsecondaires	Enfants à charge	S'applique à la première inscription de l'étudiant(e) aux études postsecondaires. Preuve d'inscription à temps plein dans un établissement d'enseignement postsecondaire accrédité.
Perte involontaire de la couverture	Employé(e), conjoint(e) et enfants à charge	S'applique seulement aux régimes de soins médicaux et assurance voyage et/ou soins 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).
Obtention de l'assurance-maladie gouvernementale (p. ex. Medicare)	Employé(e), conjoint(e) et enfants à charge	Preuve d'acceptation de l'assurance-maladie gouvernementale (lettre de confirmation d'admissibilité indiquant la date d'entrée en vigueur de la couverture.).

Pour une explication complète de chaque changement dans la vie, y compris les conditions et les exclusions associées à chacun d'eux, consultez la page 5 du **livret sur les avantages sociaux des employés actifs**.

Pour de plus amples renseignements, visitez www.gnb.ca/avantagessociaux où vous trouverez le livret et les feuillets d'information sur les avantages sociaux des employé(e)s actif(ve)s.

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.

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

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

DEMANDE :

- ☐ d'adhésion
- ☐ de changement de couverture
- ☐ demande tardive – Joindre la déclaration de santé
- ☐ Changement dans la vie – joindre les documents requis *(voir le tableau de la page 1)*
- ☐ de changement de nom
- ☐ de changement d'adresse
- ☐ de transfert de la couverture *(employé(e) actif(ve))*
- ☐ autre _____

Nom de l'employé(e)	Prénom	Initiale(s)	Date de naissance (JJ/MM/AA)	☐ Homme* ☐ Femme*	Numéro d'assurance sociale

**Homme/Femme - Signifie le sexe à la naissance. Pourquoi cette question ? Le secteur de l'assurance prévoit l'utilisation des prestations en fonction du sexe. Cependant, nous reconnaissons que votre sexe peut être différent de votre identité de genre.*

Numéro de téléphone ( ) -	Courriel

SÉLECTIONNER LES OPTIONS DE COUVERTURE

1. ASSURANCE-VIE – GARANTIE DE BASE ET MONTANT ÉGAL ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS OU MUTILATION PAR ACCIDENT (ADMA) *(obligatoire)*
☐ 1 X le salaire annuel

2. ASSURANCE-VIE – GARANTIE FACULTATIVE ET MONTANT ÉGAL ASSURANCE ADMA *(facultatif)*
☐ Refuser ☐ Annuler
☐ 1 X le salaire annuel
☐ 2 X le salaire annuel
Applicable aux juges seulement { ☐ 3 X le salaire annuel ☐ 4 X le salaire annuel

3. ADMA VOLONTAIRE *(facultatif)*
☐ Refuser ☐ Annuler ☐ Individuelle ☐ Familiale ☐ Capital assuré _____ $ (tranches de 10 000 $ jusqu'à 500 000 $)

4. GARANTIE FACULTATIVE – MALADIE GRAVE *(facultative)*
Pour adhérer à la garantie facultative pour maladie grave, visitez le site www.medaviebc.ca/fr/garantiesfacultatives/gnb. Pour apporter des changements à la couverture, appelez l'équipe des garanties facultatives de Croix Bleue Medavie au 1-844-949-3809.

5. ASSURANCE-VIE DES PERSONNES À CHARGE *(facultatif)*
☐ Oui ☐ Refuser ☐ Annuler
NOTE : Le (La) bénéficiaire est l'employé(e)

6. INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (ILD) *(obligatoire pour les groupes admissibles)*
☐ Adhérer ☐ Non admissible
*** Pour savoir si vous appartenez à un groupe admissible, contactez votre employeur (Services des ressources humaines ou de la paie).**

7. SOINS MÉDICAUX *(facultatif)*
☐ Oui ☐ Refuser ☐ Annuler ☐ Changer
Si « oui » ou « changer », remplir la section C à la page 3

8. SOINS DENTAIRES *(facultatif)*
☐ Oui ☐ Refuser ☐ Annuler ☐ Changer
Si « oui » ou « changer », remplir la section C à la page 3
Note : Si « oui », une participation minimale de 2 ans est exigée.

DÉSIGNATIONS ET CHANGEMENTS DE BÉNÉFICIAIRE

9. Afin de désigner les bénéficiaires du régime d'assurance-vie et du régime ADMA (couverture de base), du régime d'assurance-vie et du régime ADMA (couverture facultative), et du régime ADMA (couverture volontaire), vous devez remplir le formulaire de désignation d'un bénéficiaire/de changement et le transmettre à Vestcor. Notez que, pour la prestation du régime d'assurance-vie des personnes à charge, c'est l'employé(e) le (la) bénéficiaire.

AUTORISATION

10. REFUSER/ANNULER LES PRESTATIONS FACULTATIVES : J'ai lu le feuillet d'information – demandeur tardif 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 (nous sommes) conscient(s) des risques associés si je décide (nous décidons) de s'inscrire à une date ultérieure.

11. 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.

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

☐ Pour l'employeur seulement : Formulaire non retourné par l'employé. Adhérez aux avantages sociaux obligatoires seulement. Date : _____

**** EMPLOYÉ(E) : 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)
☐ Temps plein
☐ Temps partiel – h/sem. _____

Situation d'emploi (en cocher un)
☐ Permanent ☐ Saisonnier ☐ Occasionnel ☐ Temporaire/ Durée déterminée ☐ Autre _____

☐ Syndiqué ☐ Non syndiqué

Nom du groupe de négociation *(s'il y a lieu)*

Pour les signatures numériques seulement

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

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

**** EMPLOYEUR : TRANSMETTRE À VESTCOR ****
C.P. 6000, Fredericton (N.-B.) E3B 5H1
Tél. : 1-800-561-4012; Téléc. : (506) 457-7388; Courriel : info@vestcor.org

Continuez à la page suivante

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

New Nouveau Brunswick

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

DEMANDE :

- ☐ d'adhésion
- ☐ Changement dans la vie - joindre les documents requis *(voir le tableau de la page 1)*
- ☐ transfert de la couverture *(employé(e) actif(ve))*
- ☐ de changement de couverture
- ☐ de changement de nom
- ☐ de cessation/d'annulation de la couverture
- ☐ changement de personnes à charge
- ☐ de changement d'adresse /de téléphone
- ☐ autre _____
- ☐ demande tardive – Joindre la déclaration de santé
- ☐ Combinaison de deux régimes d'employé(e)s[2]

Numéro d'identification de Croix Bleue Medavie (11 chiffres)	SOINS MÉDICAUX	SOINS DENTAIRES **Note :** Une participation minimale de 2 ans est exigée.
[1]pour un transfert : [2]pour une combinaison - # d'ID du (de la) conjoint(e) :	☐ Adhérer/ Ajouter ☐ Changer ☐ Couverture individuelle ☐ Employé et une personne à charge ☐ Employé et deux personnes à charge ou plus	☐ Adhérer/ Ajouter ☐ Changer ☐ Couverture individuelle ☐ Employé et une personne à charge ☐ Employé et deux personnes à charge ou plus

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ

Nom de l'employé(e)	Prénom	Initiale(s)	Date de naissance (JJ/MM/AA)		Numéro de téléphone
				☐ Homme* ☐ Femme*	( ) -

Préférence linguistique	Adresse (nom de la rue et numéro)	Ville	Province	Code postal	Courriel
☐ anglais ☐ français					

**Homme/Femme - Signifie le sexe à la naissance. Pourquoi cette question ? Le secteur de l'assurance prévoit l'utilisation des prestations en fonction du sexe. Cependant, nous reconnaissons que votre sexe peut être différent de votre identité de genre.*

RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE (COUVERTURE FAMILIALE SEULEMENT)

Adhérer Ajouter	Changer de nom	Supprimer	Nom de famille	Prénom	Initiale	H/F	Date de naissance (JJ/MM/AA)	Si l'enfant à charge a 21 ans ou plus	
								Étudiant(e) à temps plein	Personne à charge spéciale
☐	☐	☐	Conjoint(e)						
☐	☐	☐	Enfants					☐	☐
☐	☐	☐						☐	☐
☐	☐	☐						☐	☐

REMPLIR POUR L'ADHÉSION/L'AJOUT D'UN 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) :

REMPLIR 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 www.medaviebc.ca/fr/resources doit être rempli et envoyé par courriel, la poste ou par télécopieur à CBM.		

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.

Date (JJ/MM/AA): _____ **Signature de l'employé(e) :** _____

**** EMPLOYÉ(E) : 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 **PROVINCE 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)

Note : Si l'employé(e) ajoute un 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 à www.medaviebc.ca/fr/administration ou en soumettant la demande par courriel, la poste ou par télécopieur à Croix Bleue Medavie.

Pour les signatures numériques seulement

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

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 : MAAX.Administrateurs.Polices@medavie.bluecross.ca