

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADHÉSION - VOYAGES D'AFFAIRES DE L'EMPLOYÉ(E) - NUMÉRO DE POLICE 01420-000

Veillez remplir le présent formulaire pour recevoir votre carte voyages d'affaires, assurant votre couverture de soins de santé lorsque vous êtes appelé, dans le cadre de vos fonctions, à représenter la Province du Nouveau-Brunswick à l'extérieur de la province. Cette couverture ne s'applique pas aux personnes à charge qui voyagent avec vous, s'il y a lieu. Veuillez retourner votre formulaire dûment rempli à Croix Bleue Medavie à des fins de traitement (vous trouverez les coordonnées ci-dessus).

Veillez remplir ce formulaire **SEULEMENT** si vous ne bénéficiez pas de la couverture d'assurance maladie de la province du Nouveau-Brunswick ou si vous bénéficiez d'une assurance voyage fournie par un autre employeur que la province du Nouveau-Brunswick.

Avant de voyager, assurez-vous de consulter les conseils et avertissements aux voyageurs émis par le gouvernement du Canada au voyage.gc.ca/voyager/avertissements. Si vous avez des questions, vous pouvez communiquer avec Croix Bleue Medavie au 1800 667 4511.

1. RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ(E) ET COORDONNÉES

Prénom : _____ Nom de famille : _____
Sexe à la naissance : Homme Femme Date de naissance : (JJ/MM/AAAA) : _____
Adresse postale : _____ App. : _____
Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
Numéro de téléphone : _____ Courriel : _____
Langue : Français Anglais Assurance voyage Individuelle

2. CONSENTEMENT EN MATIÈRE DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Je comprends que les renseignements personnels fournis dans le présent formulaire, 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 la 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 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 Croix Bleue, les professionnels de la santé ou les établissements de santé, les fournisseurs d'assurance vie ou de régime de soins de santé, les autorités gouvernementales et les organismes de réglementation, ainsi que d'autres tiers lorsque nécessaire pour administrer les garanties énoncées dans la police dont je suis adhérent(e) admissible.

Je comprends que mes renseignements personnels demeureront confidentiels et qu'ils sont protégés. 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(e) 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. Le présent consentement est conforme aux lois fédérales et provinciales en matière de protection de la vie privée. Pour en savoir plus sur les politiques en matière de vie privée de Croix Bleue Medavie, visitez le www.medavie.croixbleue.ca ou téléphonez au 1 800 667-4511.

3. À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

Nom de l'employeur : _____
Numéro de police : **01420** Numéro de division : **000**
Signature de l'employeur : _____ Date (JJ/MM/AAAA) : _____
Numéro de téléphone : _____ Date d'effet de la police d'assurance voyage : (JJ/MM/AAAA) : _____
Date of Employment (JJ/MM/AAAA) : _____

4. AUTORISATION

Je confirme par la présente que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts et j'autorise Croix Bleue à recueillir, utiliser et divulguer l'information fournie à la section Consentement en matière de protection des renseignements personnels du présent formulaire.

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