

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 : _____

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 : _____