

**RÉGIMES D'AVANTAGES SOCIAUX DES RETRAITÉS
FORMULAIRE DE DEMANDE TARDIVE**



Informations importantes

- Les retraités qui travaillaient pour la fonction publique du Nouveau-Brunswick au moment de leur départ à la retraite peuvent faire une demande comme demandeurs tardifs.
- La procédure de demande tardive pour la couverture de soins médicaux et d'assurance voyage exige qu'une déclaration de santé pour les retraités soit remplie et soumise à l'assureur en même temps que le présent formulaire. Il peut s'écouler jusqu'à trois (3) mois avant que vous ne receviez la décision de la souscription médicale. En cas d'approbation, la couverture de soins médicaux et d'assurance voyage prendra effet à la date de la décision de la souscription médicale et les primes seront déduites le premier du mois suivant.
- 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 choisie pour votre couverture de soins médicaux. Si vous ajoutez la couverture d'assurance voyage seulement, vous n'avez pas besoin de soumettre la déclaration de santé pour les retraités.
- Si vous êtes déjà couvert et que vous souhaitez ajouter un conjoint et/ou une personne à charge, ils seront également considérés comme des demandeurs tardifs et devront remplir la déclaration de santé pour les retraités et l'envoyer avec le présent formulaire.
- Les conjoints survivants d'un retraité de la PNB ne peuvent pas ajouter de nouveaux conjoints ou personnes à charge issus d'un remariage.
- Vous pouvez présenter une demande tardive pour la couverture dentaire si vous avez pris votre retraite le 1^{er} janvier 2024 ou après cette date. La couverture dentaire entrera en vigueur et les primes seront déduites à partir du premier du mois suivant. Veuillez noter que pour tous les demandeurs tardifs, le remboursement maximal, par participant, est de 100 \$ pour tous les frais dentaires admissibles pendant les 12 premiers mois de la couverture.

dentaires admissibles pendant les 12 premiers mois de la couverture.

Demande	Soins médicaux avec assurance voyage	Soins médicaux seulement	Ajout de l'assurance voyage <small>(seulement si vous avez déjà la couverture des soins médicaux)</small>	Soins dentaires
Adhésion - retraité seulement (couverture individuelle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adhésion - retraité + 2 personnes à charge ou plus (couverture familiale) <i>*La couverture familiale comprend le retraité + ses personnes à charge admissibles.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ajout d'une personne à charge ou plus <i>*Le retraité a déjà une couverture et veut ajouter un conjoint et/ou des personnes à charge admissibles.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Information du retraité

Nom	Prénom Initiale(s)	Date de naissance (JJ-MM-AA)	H/F	Numéro de téléphone
Préférence linguistique <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français	Adresse (nom de la rue et numéro) Ville Province Code Postal		Adresse courriel	
Nom de votre employeur PNB au moment de votre retraite :			Date de la retraite :	
Si vous participez déjà aux régimes d'avantages sociaux des retraités de la PNB, veuillez fournir les informations suivantes :		Numéro d'identification de la Croix-Bleue	Numéro de police de la Croix-Bleue	

Information des personnes à charge (pour la couverture familiale seulement)

Nom	Prénom	Initiale(s)	Date de naissance (JJ-MM-AA)	H/F	Si l'enfant à charge est âgé de 21 ans ou plus	
Conjoint(e)					Étudiant à temps plein	Personne à charge spéciale
Enfants					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.
<p>CONSETEMENT 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.</p> <p>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.</p> <p>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 ou composez le 1-800-667-4511.</p> <p>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.</p>	
Signature du retraité : _____ Date : _____	
Prélèvements automatiques	
Autorisation relative aux prélèvements automatiques : Veuillez joindre un chèque annulé.	
Institution financière (IF) : _____ Numéro de téléphone : _____ Adresse : _____ Ville/Village : _____ Province : _____ Code postal : _____	
<p>CONSETEMENT : 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	
Signature(s) du/des titulaire(s) du compte bancaire : _____ Date : _____	

Envoyez le formulaire dûment rempli à :

Croix-Bleue Medavie
 644, rue Main, C.P. 220
 Moncton (N.-B.) E1C 8L3
 Télécopieur : 506 869-9653
 ou par courriel à : MAAX.Policy.Administrators@medavie.bluecross.ca

Pour toute question concernant les régimes d'avantages sociaux des retraités, veuillez contacter l'équipe des Services aux membres de Vestcor, l'administrateur de notre régime, au 1-800-561-4012 ou au 506-453-2296, ou consultez le livret des avantages sociaux des retraités à www.gnb.ca/avantages sociaux.