

SECTION A - À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

Nom de l'employeur : _____

Contrat n° : _____

Section n° : _____

Numéro d'identification : _____

(en blanc si attribué par la Croix Bleue)

Nom de l'assuré : _____

Prénom : _____

Date de naissance : AAAA / MM / JJ

Poste occupé : _____

Date d'embauche : AAAA / MM / JJ

Salaire (avant retenues) : _____

Cochez : Annuel Mensuel

Hebdomadaire Horaire : Heures travaillées (n°)

Date d'admissibilité à l'assurance : AAAA / MM / JJ

DEMANDE D'ADHÉSION AU RÉGIME COLLECTIF



SECTION B - RENSEIGNEMENTS SUR LE L'ADHÉRENT

Adresse : _____ App. : _____

Ville : _____

Province de résidence : _____

Code postal : _____

Téléphone : Domicile : (____) _____ Travail : (____) _____ Langue : FR AN

Sexe : H F

État matrimonial : Célibataire Marié Séparé Veuf Divorcé Conjoint de fait

Nota : Si vous cochez la case conjoint de fait, indiquer la date de début de la cohabitation (AAAA / MM / JJ) : _____

Veuillez indiquer si vous voulez vous prévaloir du service de dépôt direct pour vos règlements d'assurance. Oui Non

Nota : si oui, veuillez joindre un spécimen de chèque portant la mention ANNULÉ.

Statut d'emploi :

Permanent Temps plein Temps partiel Saisonnier Contractuel

Temporaire

Si votre régime le permet, désirez-vous adhérer au régime d'assurance vie facultative? Oui Non

_____ \$ - Adhérent* (si disponible dans votre régime)

_____ \$ - Conjoint* (si disponible dans votre régime)

_____ \$ - Enfant* (si disponible dans votre régime)

* Le formulaire DÉCLARATION DE SANTÉ ASSURANCE COLLECTIVE doit être rempli et joint à votre demande d'adhésion.

Êtes-vous fumeur? Oui Non

SECTION C - RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE

(Veuillez lire la section Informations relatives à la Loi sur l'assurance-médicaments du Québec)

	Nom	Prénom	Sexe (M / F)	Date de naissance (AAAA / MM / JJ)	Étudiant à temps plein
Conjoint					
Enfant					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Enfant					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Enfant					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Enfant					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Enfant					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

COORDINATION DES PRESTATIONS

Votre conjoint et/ou vos personnes à charge sont-ils couverts par les garanties de soins de santé ou de soins dentaires d'un autre régime d'assurance collective?

Oui Conjoint Non (Si vous répondez NON, alors passez directement à la section D)
 Enfants

Si OUI, veuillez indiquer la couverture dont il(s) bénéficie(nt) :

Soins dentaires Individuelle Familiale

Soins de santé Individuelle Familiale

Nom de l'assureur du Régime collectif de votre conjoint : _____

Numéro de contrat : _____ Numéro de certificat : _____

Si vos personnes à charges sont couvertes par un autre régime d'assurance collective, voulez-vous tout de même les assurer sous votre régime?

Oui Soins dentaires Soins de santé Non (Si NON, veuillez répondre à la question suivante)

Je demande à être exempté pour la(les) garantie(s)

Soins dentaires Pour moi-même et mes personnes à charge (déjà assurés sous un autre régime)

Pour mes personnes à charge seulement

Soins de santé Pour moi-même et mes personnes à charge (déjà assurés sous un autre régime)

Pour mes personnes à charge seulement

SECTION D - DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE EN ASSURANCE VIE

Nom : _____ Prénom : _____ % Lien de parenté : _____ Révocable Irrévocable

Nom : _____ Prénom : _____ % Lien de parenté : _____ Révocable Irrévocable

Nom : _____ Prénom : _____ % Lien de parenté : _____ Révocable Irrévocable

Nom : _____ Prénom : _____ % Lien de parenté : _____ Révocable Irrévocable

(Doit égaler 100 %)

Sauf dans le cas d'une désignation irrévocable, vous pouvez changer votre bénéficiaire en tout temps sans le consentement de ce dernier.

AU QUÉBEC, LA DÉSIGNATION DE VOTRE CONJOINT COMME BÉNÉFICIAIRE EST IRRÉVOCABLE SAUF INDICATION CONTRAIRE.

SECTION E - DÉCLARATION ET AUTORISATION

Je déclare que tous les renseignements fournis sont exacts. J'autorise mon employeur à déduire, s'il y a lieu, toutes mes cotisations de mon salaire.

Signature de l'employé (obligatoire)

Date (AAAA/MM/JJ)

SECTION F - CONSENTEMENT D'UTILISATION, DE COLLECTE ET DE TRANSMISSION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Par la présente, j'autorise l'Assureur et ses fournisseurs de services à recueillir et échanger des renseignements médicaux à mon sujet, celui de mon conjoint ou de mes enfants, auprès d'un professionnel de la santé, d'un établissement de santé ou de service sociaux, d'un organisme public (dans les limites des lois applicables), et j'autorise ces personnes à communiquer à l'Assureur et ses fournisseurs de services de tels renseignements, afin de permettre à l'Assureur et ses fournisseurs de services d'étudier une demande de règlement qui pourrait être faite en vertu du contrat d'assurance collective et de constituer des dossiers personnels de santé et ce, exclusivement aux fins de la gestion du régime collectif.

En cas de décès, j'autorise expressément le bénéficiaire, l'héritier ou le liquidateur de la succession à fournir à l'Assureur et ses fournisseurs de services tous les renseignements ou autorisations nécessaires à l'étude de la demande de règlement et à l'obtention de pièces justificatives.

Signature de l'employé (obligatoire)

Date (AAAA/MM/JJ)

RÉSERVÉ À L'ASSUREUR

Forfait CB	<input type="checkbox"/>	Date de prise d'effet (AAAA/MM/JJ)	Analyste Date
Forfait CBV	<input type="checkbox"/>		
Code d'occupation			

INFORMATIONS RELATIVES À LA LOI SUR L'ASSURANCE-MÉDICAMENTS DU QUÉBEC

Toute personne de moins de 65 ans qui a accès à un régime d'assurance collective doit obligatoirement y adhérer à moins de bénéficier d'un autre régime collectif ou d'être assurée par le biais du régime de son conjoint. Une preuve de cette couverture doit être déposée au dossier de l'employeur.

En adhérant au régime d'assurance collective de votre employeur, vous devez obligatoirement assurer toutes vos personnes à charge admissibles à moins qu'elles ne soient déjà couvertes par un autre régime d'assurance collective.

Vos personnes à charge ne peuvent être assurées par le régime général d'assurance-médicaments de la RAMQ si vous êtes couvert par le régime collectif de votre employeur, à l'exception d'un conjoint de 65 ans et plus.

Lors de la production de votre déclaration de revenus, on vous demandera si vous vous êtes conformé aux exigences de cette loi.

AVIS IMPORTANT SUR LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

L'Assureur s'engage à se conformer à la loi relative à la protection des renseignements privés applicable dans la province de résidence de l'assuré.

Les renseignements personnels contenus dans ce document seront détenus dans votre dossier d'assurance auprès de l'assureur.

Ces renseignements serviront à évaluer votre demande d'assurance collective et à traiter toute demande de règlement.

Seuls les employés ou mandataires dûment autorisés par l'Assureur auront accès à ces informations dans la pratique courante des affaires de l'entreprise.

Votre dossier sera détenu dans les bureaux de l'Assureur. Sur demande écrite et avec un préavis de trente (30) jours, vous avez le droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans ce dossier et, s'il y a lieu, de demander une rectification selon les dispositions de la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé, 1993, C.7. VEUILLEZ ADRESSER VOTRE DEMANDE AU :

Responsable de l'accès à l'information
Croix Bleue Medavie
550, rue Sherbrooke Ouest, bureau L-15
Montréal (Québec)
H3A 6T6

06COL0006F (03-06)

^{MD} Le symbole et le nom Croix Bleue sont des marques de commerce déposées de l'Association canadienne des Croix Bleue, utilisées sous autorisation avec permis de Croix Bleue Medavie, un titulaire de licence indépendant de l'Association canadienne des Croix Bleue.