

Le masculin est utilisé dans le présent document de façon neutre dans le but d'alléger le texte et d'en faciliter la lecture.

RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT

Numéro d'ID : _____ Numéro de police : _____ Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Numéro de téléphone (résidence) : _____ Numéro de téléphone (bureau) : _____

Votre adresse postale a-t-elle changé depuis votre dernière demande de règlement? Oui Non

Si oui, la signature de l'adhérent est requise pour validation : _____

AUTRE RÉGIME

Est-ce que vous ou une personne à votre charge êtes couverts par un autre régime?

Non Le cas échéant, veuillez indiquer la date de résiliation (JJ/MM/AAAA) : _____

Oui Répondre aux questions qui suivent : Nom de l'autre assureur : _____

Nom de l'adhérent : _____ Date d'effet : _____

Type de police (✓) : Individuelle Collective

Numéro d'ID : _____ Numéro de police : _____

Veuillez préciser le type de couverture (✓). Hospitalisation Soins de santé complémentaires
 Soins dentaires Soins de la vue Médicaments Assurance voyage CGS Tous

AUTRE INFORMATION

La demande de règlement découle-t-elle d'un accident? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez remplir la section suivante et joindre les détails de l'accident.

1) L'accident découle-t-il d'un accident d'automobile? Oui Non

2) L'accident s'est-il produit au travail? Oui Non

Si oui, avez-vous informé la Commission des accidents du travail? Oui Non

RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

	Nom du patient		Lien avec l'adhérent conjoint, enfant	Date de naissance			Type de dépense ex. : podiatrie, fournitures pour personnes diabétiques, lunettes, etc.	Date de service			Montant
	prénom	nom de famille		jour	mois	année		jour	mois	année	
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
MONTANT TOTAL DE LA DEMANDE DE RÈGLEMENT											

DÉCLARATION DE L'ADHÉRENT

J'atteste que je n'ai soumis aucune demande de règlement et que je ne soumettrai aucune demande de règlement pour ces frais en vertu de tout autre régime d'assurance (sauf indication contraire ci-dessus), et que tous les renseignements contenus dans la présente sont exacts.

J'autorise, par la présente, tout fournisseur de soins de santé à communiquer à Croix Bleue Medavie ou la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada (Croix Bleue Vie) toute information liée aux demandes de règlement soumises en mon nom, et certifie que l'information est vraie, correcte et complète, à ma connaissance.

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 Croix Bleue Vie peuvent être recueillis, utilisés ou communiqués pour administrer les modalités de ma police, pour me recommander des produits et des services et pour gérer les affaires de Croix Bleue Medavie ou Croix Bleue Vie. 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 Medavie ou Croix Bleue Vie, les professionnels de la santé ou les établissements de santé, les fournisseurs d'assurance vie ou de régimes d'assurance, le gouvernement et les autorités de réglementation, l'adhérent de tout contrat dans le cadre duquel je suis une personne assurée, ainsi que d'autres tierces parties nécessaires pour administrer les produits et services assurés en vertu de la police collective dont je suis adhérent 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 Medavie ou Croix Bleue Vie pourrait ne pas me fournir l'assurance ou les prestations demandées. Je comprends la raison pour laquelle mes renseignements personnels sont requis et je suis conscient des risques et des avantages d'accepter ou de refuser qu'ils soient divulgués.

J'autorise Croix Bleue Medavie ou Croix Bleue Vie à recueillir, à utiliser et à divulguer mes renseignements personnels tel qu'il est décrit ci-dessus.

Signature _____ Date _____
(Si moins de 18 ans, signature de l'adhérent requise.)

Le présent consentement est conforme aux lois fédérales et provinciales en matière de protection de la vie privée. Pour de plus amples renseignements concernant les politiques en matière de protection des renseignements personnels de votre régime Croix Bleue Medavie ou Croix Bleue Vie, veuillez composer le 1-800-667-4511.

ADRESSES DE CROIX BLEUE MEDAVIE

Canada atlantique C.P. 220 Moncton NB E1C 8L3 Information : 1-800-667-4511	Québec C.P. 3300, succ. B Montréal QC H3B 4Y5 Information : 1-800-667-4511	Ontario C.P. 2000, succ. A Etobicoke ON M9C 5P1 Information : 1-800-667-4511	Autres provinces et territoires C.P. 2318, succ. Main Edmonton AB T5J 0L8 Information : 1-800-667-4511
--	--	--	--

- * Veuillez remplir toutes les sections, faute de quoi le traitement pourrait être retardé. Veuillez conserver des copies pour vos dossiers.
- * Veuillez annexer vos reçus originaux du paiement intégral ou l'explication du paiement de l'assureur primaire ainsi que des photocopies des reçus.
- * Les reçus pour médicaments sur ordonnance doivent comprendre les renseignements suivants : le nom du médicament, sa concentration et la quantité prescrite; le numéro d'ordre du médicament (DIN); le numéro d'ordonnance (RX); et le nom du client.
- * Tous les reçus doivent préciser : le nom du fournisseur; le produit / service rendu; et le numéro de téléphone du fournisseur.