

Veuillez écrire en lettres moulées

IMPORTANT : Ce formulaire de demande d'adhésion au régime d'assurance collective s'adresse **UNIQUEMENT** aux retraités admissibles du CN bénéficiant du régime de retraite à cotisations déterminées (CNCD) dont les prestations mensuelles du régime de retraite à prestations déterminées du CN (CNDB) NE SONT PAS suffisantes pour couvrir les primes de tout autre régime d'assurance collective financé par l'Association des retraités du CN. En plus de remplir ce formulaire de demande d'adhésion, vous devez inclure des documents du CN qui confirment votre NIP, votre date de naissance, de même que vos années d'emploi et la date de cessation de votre emploi au CN. La date d'effet de votre couverture est le 1^{er} jour du mois suivant la cessation de votre emploi au CN.

Québec – Les personnes âgées de 65 ans ou plus sont admissibles à ce régime d'assurance collective et peuvent y adhérer en plus ou au lieu de bénéficier de la couverture de la RAMQ. Les personnes de MOINS de 65 ans doivent adhérer à la couverture de la RAMQ si elles ne sont pas admissibles à un autre régime d'assurance collective.

1. NIP DU RETRAITÉ ET DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA COUVERTURE**RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ pour les retraités CNDC**Contrat : **91526** - NIP : Date d'effet (JJ/MM/AAAA) :**2. RENSEIGNEMENTS SUR LE RETRAITÉ ET LES PERSONNES À CHARGE**Option : ☐ B ☐ C3 ☐ DType de couverture : ☐ Personne seule ☐ Famille

Nom de famille de la personne assurée : Prénom :

Sexe* :

☐ Homme ☐ Femme ☐ Personne intersexuée ☐ Préfère ne pas répondre

Langue de préférence :

☐ Français ☐ Anglais

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : Adresse (numéro et rue) :

Ville : Province de résidence : Code postal :

Numéro de téléphone : Adresse courriel :

État civil : ☐ Célibataire ☐ Marié ☐ Séparé ☐ Veuf ☐ Divorcé ☐ Conjoint de fait**REMARQUE :** Si vous avez coché « Conjoint de fait », veuillez indiquer la date de début de la cohabitation (JJ/MM/AAAA) :

* Sexe : Homme/Femme/Personne intersexuée/Préfère ne pas répondre – Pourquoi posons-nous la question? Certains problèmes de santé sont plus fréquents selon le sexe. Par conséquent, le sexe est utilisé pour évaluer votre couverture. Nous sommes conscients que votre sexe peut différer de votre identité de genre.

Renseignements sur les personnes à charge

	Nom de famille	Prénom	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Sexe	Statut de la personne à charge
Conjoint				<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Personne intersexuée <input type="radio"/> Femme <input type="radio"/> Préfère ne pas répondre	
Enfant				<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Personne intersexuée <input type="radio"/> Femme <input type="radio"/> Préfère ne pas répondre	<input type="radio"/> Personne ayant un handicap <input type="radio"/> Étudiant - Collège/Université
Enfant				<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Personne intersexuée <input type="radio"/> Femme <input type="radio"/> Préfère ne pas répondre	<input type="radio"/> Personne ayant un handicap <input type="radio"/> Étudiant - Collège/Université

AUTRE COUVERTURE (COORDINATION DES PRESTATIONS)Est-ce que vous ou vos personnes à charge détenez une couverture en vertu d'un autre régime? ☐ Oui ☐ Non (Si non, allez à la Section 3)**Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants :**☐ Pour le conjoint ☐ Pour un enfant à chargeType de couverture : ☐ Personne seule ☐ Famille

Nom de l'autre assureur :

Date d'entrée en vigueur de la couverture (JJ/MM/AAAA) :

Numéro de police : Numéro d'identification :

Si vos personnes à charge sont actuellement couvertes en vertu d'un autre régime collectif, souhaitez-vous tout de même souscrire une couverture pour elles dans le cadre de ce régime? ☐ Oui ☐ Non

Nom des personnes assurées en vertu d'une autre police	Date de naissance			Nom des personnes assurées en vertu d'une autre police	Date de naissance		
	JJ	MM	AAAA		JJ	MM	AAAA

Veuillez écrire en lettres moulées

3. PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE DES PRIMES ET DÉPÔT DIRECT DES REMBOURSEMENTS DE DEMANDES DE RÈGLEMENT

Le prélèvement des primes mensuelles et le versement du remboursement des demandes de règlement seront effectués directement à même votre compte bancaire. Veuillez joindre un chèque portant la mention NUL.

4. AUTORISATION

Je déclare par la présente que les renseignements que j'ai fournis sont exacts. J'autorise Croix Bleue Medavie à prélever toutes les primes applicables de mon compte bancaire.

Signature (obligatoire) : _____

Date (JJ/MM/AAAA) : _____

5. 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 détenus actuellement ou recueillis plus tard par Croix Bleue Medavie, peuvent être recueillis, utilisés ou communiqués pour administrer les modalités de ma police ou de la police d'assurance collective dont je suis un adhérent admissible, pour me recommander des produits et des services et pour gérer les affaires de Croix Bleue. Selon le type de couverture que je détiens, 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 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 admissible.

Je comprends que mes renseignements personnels resteront confidentiels et en sûreté. Il est entendu que je peux retirer mon consentement à tout moment. Cependant, dans certaines circonstances, une telle action pourrait empêcher Croix Bleue de me fournir la couverture ou les prestations demandées. Je comprends la raison pour laquelle mes renseignements personnels sont demandés et je connais les risques et les avantages d'accepter ou de refuser qu'ils soient divulgués.

Une photocopie de cette autorisation est valide au même titre que l'original. Le présent document de consentement respecte les lois fédérales et provinciales en matière de protection des renseignements personnels. Pour de plus amples renseignements sur les politiques de Croix Bleue Medavie en matière de protection des renseignements personnels, visitez le www.cbmedavie.ca ou téléphonez au 1-866-660-7670.

Signature (obligatoire) : _____

Adresse :

1981, avenue McGill College, bureau 100
Montréal (Québec) H3A 3A7
administration@medavie.croixbleue.ca