

644, RUE MAIN CP 220
MONCTON NB E1C 8L3
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLÉC. : 1-800-644-1722
absence@medavie.ca

230 AVE BROWNLOW - DARTMOUTH
CP 2200 HALIFAX NS B3J 3C6
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLÉC. : 1-800-644-1722
absence@medavie.ca

CP 2000 185 THE WEST MALL BUREAU 1200
ETOBICOKE ON M9C 5P1
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLÉC. : 1-800-644-1722
absence@medavie.ca

1981, AVENUE MCGILL COLLEGE, BUREAU 100
MONTRÉAL (QC) H3A 3A7
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLÉC. : 1-800-644-1722
absence@medavie.ca

Les demandes de prestations d'invalidité peuvent également être soumises de façon sécurisée en ouvrant une session sur notre site Web des adhérents au www.cbmedavie.ca.

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

Faire une fausse déclaration ou une déclaration qui induit en erreur dans une demande d'adhésion est une offense grave. Toutes les cases ci-dessous doivent être remplies et doivent contenir des renseignements véridiques. Veuillez également remplir le questionnaire Formation et expérience de travail. S'il manque des informations, le traitement de votre demande pourrait être retardé.

Vous devez informer Croix Bleue Medavie de tout changement qui pourrait influencer votre admissibilité aux garanties : amélioration de votre état de santé, retour au travail, programme d'entraînement ou programme de réadaptation.

J'ai lu ce qui précède et suis d'accord.

Signature de l'employé : _____ **Date (JJ/MM/AAAA) :** _____

Nom : _____
Nom de famille Prénom Initiales

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____

Adresse : _____ Code postal : _____

Courriel : _____ Téléphone : _____

Si votre condition a été causée par un accident, inscrivez la date et la description de l'accident :

Quelle est la nature de votre état de santé actuel? _____

Quel traitement suivez-vous actuellement? _____

Quel médicament prenez-vous actuellement? _____

Avez-vous déjà souffert d'une condition semblable? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, inscrivez la date et la description :

Souffrez-vous d'autres conditions actuellement? _____

Indiquez la date de début de la condition et les raisons pour lesquelles elle vous empêche de travailler :

Indiquez le nom du médecin qui traite votre condition actuelle et le nom de tous les praticiens qui vous ont traité au cours des trois dernières années (joignez une liste s'il manque d'espace).

Médecin ou hôpital (Nom et lieu)	Raison	Date de votre première visite (JJ/MM/AAAA)	Date de votre dernière visite (JJ/MM/AAAA)

Avez-vous envoyé une demande de prestations à un autre assureur ou recevez-vous des prestations d'une autre source (Commission des accidents du travail, RRQ, assurance automobile, compagnies d'assurance, agences gouvernementales)?

Nom de la source	Date de la demande (JJ/MM/AAAA)	Montant des prestations	Fréquence des paiements	Début des prestations (JJ/MM/AAAA)	Fin des prestations (JJ/MM/AAAA)

644, RUE MAIN CP 220
MONCTON NB E1C 8L3
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLÉC. : 1-800-644-1722
absence@medavie.ca

230 AVE BROWNLOW - DARTMOUTH
CP 2200 HALIFAX NS B3J 3C6
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLÉC. : 1-800-644-1722
absence@medavie.ca

CP 2000 185 THE WEST MALL BUREAU 1200
ETOBICOKE ON M9C 5P1
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLÉC. : 1-800-644-1722
absence@medavie.ca

1981, AVENUE MCGILL COLLEGE, BUREAU 100
MONTRÉAL (QC) H3A 3A7
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLÉC. : 1-800-644-1722
absence@medavie.ca

RENSEIGNEMENTS SUR L'INSTITUTION FINANCIÈRE

Les renseignements pour le dépôt direct ne sont pas requis si les prestations de maintien du salaire sont payées par votre employeur.

PRIÈRE DE JOINDRE UN CHÈQUE PORTANT LA MENTION « NUL » OU SI VOUS N'AVEZ PAS DE CHÈQUES À VOTRE DISPOSITION, VEUILLEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSOUS :

Nom de la banque : _____ Adresse de la banque : _____

Numéro de l'institution financière : _____ Numéro de la succursale : _____ Numéro de compte : _____

Je demande que mes prestations soient payées par transferts électroniques de fonds (dépôt direct) dans ce compte. Il m'est possible d'annuler cette autorisation en tout temps en présentant un avis écrit à la Croix Bleue.

Signature : _____ Date : _____

JJ/MM/AAAA

J'autorise les fournisseurs ou l'administrateur de mon régime d'assurance collective à utiliser mon numéro d'assurance sociale aux fins de l'impôt sur le revenu. Je comprends que si mon régime d'assurance est non imposable, je n'ai pas à fournir mon numéro d'assurance sociale.

Numéro d'assurance sociale : _____

Je comprends que les renseignements personnels que j'ai fournis dans le présent formulaire sont recueillis et utilisés par Croix Bleue Medavie pour administrer les modalités de ma police ou de la police d'assurance collective à laquelle j'adhère, pour me recommander des produits et des services auxquels je suis admissible en raison de mon adhésion à une police, ainsi que pour d'autres fins applicables, tel qu'il est décrit dans l'Énoncé sur la protection des renseignements personnels de Croix Bleue Medavie à cbmedavie.ca.

Selon le type de couverture que je souscris, certains renseignements personnels, par exemple des données sur mes demandes de règlement ou ma santé ou encore des données financières, pourraient être recueillis auprès de tiers ou leur être communiqués, afin d'administrer et de gérer les garanties énoncées dans la police à laquelle j'adhère. Ces tiers peuvent comprendre des fournisseurs de soins de santé, d'autres compagnies d'assurance, des organismes de réglementation et d'enquête, des fournisseurs de services et le ou la titulaire de carte de tout contrat auquel j'adhère.

J'autorise par la présente Croix Bleue Medavie à échanger des informations, dont des renseignements psychiatriques et médicaux, avec tout membre de l'équipe de gestion médicale de la STM, dans le but de favoriser ma réadaptation et le retour au travail.

Si la loi le permet, mes renseignements personnels peuvent être transmis à des employés de Croix Bleue Medavie ou à des fournisseurs de services dans une province autre que celle où ces données ont été recueillies. Si je réside au Québec, mes renseignements personnels pourraient être transférés ou divulgués à des employés de Croix Bleue Medavie ou à des fournisseurs de services hors Québec.

Je comprends que mon consentement n'est valide que lorsqu'il est nécessaire pour les besoins décrits dans le présent document, à moins que je ne le retire. Je comprends que je peux retirer mon consentement en tout temps. Cependant, dans certaines circonstances, une telle action pourrait empêcher Croix Bleue Medavie de me fournir certains produits ou services qui pourraient nous être utiles, à moi et à mes personnes à charge. Le présent document de consentement respecte les lois fédérales et provinciales en matière de protection des renseignements personnels.

Si vous avez des préoccupations ou des questions ou souhaitez en savoir plus sur nos pratiques en matière de renseignements, y compris sur la façon dont vos renseignements personnels sont protégés et sur la marche à suivre pour consulter ou corriger vos renseignements personnels, veuillez lire l'Énoncé sur la protection des renseignements personnels de Croix Bleue Medavie à cbmedavie.ca ou composer le 1-800-667-4511.

Signature : _____ Date (JJ/MM/AAAA) : _____

Une photocopie de cette autorisation est valide au même titre que l'original. Le présent formulaire de consentement respecte les lois fédérales et provinciales.

644, RUE MAIN CP 220
MONCTON NB E1C 8L3
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLÉC. : 1-800-644-1722
absence@medavie.ca

230 AVE BROWNLOW - DARTMOUTH
CP 2200 HALIFAX NS B3J 3C6
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLÉC. : 1-800-644-1722
absence@medavie.ca

CP 2000 185 THE WEST MALL BUREAU 1200
ETOBICOKE ON M9C 5P1
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLÉC. : 1-800-644-1722
absence@medavie.ca

1981, AVENUE MCGILL COLLEGE, BUREAU 100
MONTRÉAL (QC) H3A 3A7
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLÉC. : 1-800-644-1722
absence@medavie.ca

Nom de l'employé : _____ N° de police : _____

Nom de l'entreprise : _____ N° d'identification : _____

FORMATION

- a) Formation officielle (indiquez les écoles, universités, collèges techniques, ainsi que les plus hauts diplômes et certificats atteints)

- b) Compétences et formations (inscrivez les formations au travail et les tâches effectuées, les cours par correspondance, les stages, les passe-temps et les intérêts, etc.)

EXPÉRIENCE DE TRAVAIL

Inscrivez tous vos emplois précédents

Nom de l'employeur	Date	Titre du poste

Signature de l'employé : _____ Date (JJ/MM/AAAA) : _____