

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

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

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

CP 668 SUCCURSALE B  
MONTREAL QC H3B 3K3  
TÉL. : 1-877-849-8509  
TÉLEC. : 1-844-244-8198  
salaire@medavie.croixbleue.ca

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. Vous devez aussi remplir le questionnaire sur la formation et l'expérience de travail, au verso. 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 :  M.  Mme \_\_\_\_\_  
Nom de famille Prénom Initiales

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
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)

J'autorise les fournisseurs ou l'administrateur de mon régime d'assurance collective à utiliser mon numéro d'assurance sociale en tant que numéro d'identification personnel pour les renseignements sur mes demandes de règlement, les historiques de facturation et mes cotisations aux régimes, pour moi et mes personnes à charge.

Numéro d'assurance sociale : \_\_\_\_\_

J'autorise par la présente :

Croix Bleue Medavie à demander ou à divulguer des renseignements médicaux liés à mes demandes de règlement à tout médecin autorisé, aux hôpitaux, aux cliniques, aux autres établissements liés aux soins de santé ou aux compagnies d'assurance, aux institutions ou aux personnes pertinentes.

Croix Bleue Medavie à échanger des informations, dont des renseignements psychiatriques ou médicaux, avec tout professionnel de la santé qui fait partie de l'équipe du Programme de gestion intégrée des soins de santé et les organismes de réglementation, ainsi que d'autres tiers lorsque nécessaires pour administrer les garanties énoncées dans la police dont je suis membre admissible.

Par la présente, j'autorise Croix Bleue Medavie et le conseiller médical de l'employeur à échanger des renseignements médicaux et personnels pour faciliter la réadaptation et le retour au travail.

Je comprends que les renseignements personnels fournis dans ce formulaire, ainsi que tout autre renseignement personnel 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 conditions énoncées dans ma police ou dans la police collective dont je suis membre admissible, pour me recommander des produits et services et pour gérer les affaires de Croix Bleue. Selon le type de protection 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 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 lorsque nécessaires pour administrer les garanties énoncées dans la police dont je suis membre admissible.

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 protection ou les prestations demandées. Je comprends la raison pour laquelle mes renseignements personnels sont requis et je suis conscient des risques et des avantages de consentir ou de refuser de consentir à leur divulgation.

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

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Une photocopie de cette autorisation est valide au même titre que l'original. Le présent formulaire de consentement respecte les lois fédérales et provinciales. Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet des politiques de Croix Bleue Medavie en matière de protection des renseignements personnels, visitez le site Web [cbmedavie.ca](http://cbmedavie.ca) ou composez le 1-800-667-4511.