

RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT(E)

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 PROTECTION

Est-ce que vous ou une personne à votre charge est couverte 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(e) : _____ Date d'effet : _____
Type de police (✓) : ☐ Individuelle ☐ Collective
Numéro d'ID : _____ Numéro de police : _____
Veuillez préciser le type de protection (✓). ☐ Hôpital ☐ Soins de santé complémentaires
☐ Soins dentaires ☐ Soins de la vue ☐ Médicaments ☐ Protection-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 (de la) patient(e)		Lien avec l'adhérent(e) conjoint(e), enfant	Date de naissance			Type de dépense ex. : podiatrie, fournitures pour 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(E)

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 toute information liée aux demandes de règlement soumises en mon nom, et certifie que l'information est vraie, correcte et complète, au meilleur de 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 la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada 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 la Croix Bleue. Selon le type de protection 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, les professionnels de la santé ou les établissements de santé, les fournisseurs d'assurance-vie ou de protection-santé, le gouvernement et les autorités de réglementation, le détenteur de carte de tout contrat dans le cadre duquel je suis un participant, ainsi que d'autres tierces parties lorsque nécessaire pour administrer les produits et services assurés en vertu de la police collective dont je suis un membre 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 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(e) des risques et des avantages d'accepter ou de refuser qu'ils soient divulgués.

J'autorise Croix Bleue Medavie 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(e) 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 de Croix Bleue Medavie, veuillez composer le 1-800-667-4511.

ADRESSES DES CROIX BLEUE MEDAVIE

Nouveau-Brunswick et de l'Île-du-Prince-Édouard 644, rue Main, C.P. 220 Moncton NB E1C 8L3 Information : 1-800-667-4511	Ontario 185, The West Mall Bureau 1200 Etobicoke ON M9C 5P1 Information : 1-800-355-9133	Québec C.P. 3300 Succursale B Montréal, QC H3B 4Y5 Information : 1-888-588-1212	Nouvelle-Écosse C.P. 2200 Halifax NS B3J 3C6 Lieu : 230, av. Brownlow, Dartmouth Information : 1-800-667-4511	Terre-Neuve-et-Labrador Viking Building 136, rue Crosbie, bureau 204 St. John's TNL A1B 3K3 Information : 1-800-667-4511
---	---	--	--	---

- * Veuillez remplir toutes les sections, faute de quoi le traitement pourrait être retardé.
- * 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 (de la) client(e).
- * Tous les reçus doivent préciser : le nom du fournisseur; le produit / service rendu; et le numéro de téléphone du fournisseur.

