

C. P. 1046, SUCC. MAIN, WINNIPEG (MANITOBA) R3C 2X7
Tél. 204-775-0151 Téléc. 204-772-1231

SECTION À REMPLIR PAR L'EMPLOYÉ

NOM DE FAMILLE		PRÉNOM		DATE DE NAISSANCE DE L'EMPLOYÉ	JJ	MM	AAAA
ADRESSE POSTALE – RUE/CASE POSTALE			VILLE OU MUNICIPALITÉ	PROVINCE	CODE POSTAL		
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DOMICILE TRAVAIL		ADRESSE COURRIEL		SEXÉ <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FÉM.	NUMÉRO D'IMMATRICULATION PROVINCIAL? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		

VEUILLEZ REMPLIR CETTE SECTION SI VOUS AVEZ DES PERSONNES À CHARGE ADMISSIBLES.

<input type="checkbox"/> MARIÉ(E)	NOM DE FAMILLE (s'il diffère de celui de l'employé)	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	SEXÉ
<input type="checkbox"/> CONJOINT DE FAIT			JJ MM AAAA	<input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FÉM.

SI LE PROPOSANT ET SON CONJOINT NE SONT PAS MARIÉS LÉGALEMENT, INDIQUEZ LA DATE À LAQUELLE LA COHABITATION A COMMENCÉ. (JJ/MM/AAAA) _____

ENFANTS À CHARGE CÉLIBATAIRES :

NOM DE FAMILLE (s'il diffère de celui de l'employé)	PRÉNOM	LIEN DE PARENTÉ	DATE DE NAISSANCE	SEXÉ
			JJ MM AAAA	<input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FÉM.
				<input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FÉM.
				<input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FÉM.
				<input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FÉM.

•L'EMPLOYÉ(E) DOIT SOUSCRIRE À CE RÉGIME EN INDIQUANT SA VÉRITABLE SITUATION FAMILIALE.

•UNE FOIS INSCRIT, L'EMPLOYÉ NE PEUT PAS ANNULER SON ADHÉSION TANT QU'IL EST EMPLOYÉ (SAUF S'IL EST COUVERT PAR UN AUTRE RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE).

AVEZ-VOUS UNE COUVERTURE D'ASSURANCE POUR L'UNE OU L'AUTRE DES PRESTATIONS VISÉES PAR LA PRÉSENTE DEMANDE EN VERTU D'UN AUTRE RÉGIME D'ASSURANCE? OUI NON – SI OUI, VEUILLEZ REMPLIR LES CASES SUIVANTES :

TYPE DE RÉGIME <input type="checkbox"/> SOINS DENTAIRES <input type="checkbox"/> SANTÉ	NOM DE L'ASSURÉ	NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE
---	-----------------	---------------------------------

VEUILLEZ REMPLIR CETTE SECTION SI VOUS RENONCEZ AUX PRESTATIONS.

JE RENONCE AUX PROTECTIONS SUIVANTES CAR JE SUIS COUVERT ACTUELLEMENT PAR UNE AUTRE ASSURANCE COLLECTIVE : SOINS DENTAIRES SANTÉ

NUMÉRO DE POLICE	NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE
------------------	---------------------------------

J'atteste que les renseignements susmentionnés sont vrais et exacts et que tous les participants sont admissibles à une couverture en vertu du contrat d'assurance collective. Je comprends que je suis responsable d'aviser la Croix Bleue du Manitoba immédiatement si un participant ne répond plus aux critères de participation à mon régime. J'ai lu et compris la partie Autorisation et consentement au verso de ce formulaire et j'accepte les conditions du contrat d'assurance collective conclu entre mon employeur et la Croix Bleue du Manitoba.

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ _____ DATE _____

SECTION À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

NOM DE LA DIVISION	NUMÉRO DE GROUPE ET MATRICULE	DATE D'EMBAUCHE	JJ	MM	AAAA
		<input type="checkbox"/> TEMPS PLEIN			
NUMÉRO D'EMPLOYÉ	EMPLOI	HEURES TRAVAILLÉES/ SEMAINE	<input type="checkbox"/> TEMPS PARTIEL		
J'ATTESTE PAR LA PRÉSENTE QUE L'EMPLOYÉ RÉPOND AUX EXIGENCES CONTRACTUELLES D'ADMISSIBILITÉ.		REPLI AU NOM DE L'EMPLOYEUR PAR	DATE (JJ/MM/AAAA)	TÉLÉPHONE	

À L'USAGE EXCLUSIF DE LA CROIX BLEUE

NUMÉRO DE GROUPE	MATRICULE	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA COUVERTURE (JJ/MM/AAAA)	NUMÉRO DE CERTIFICAT
------------------	-----------	--	----------------------

AUTORISATION ET CONSENTEMENT

Il est entendu que les renseignements personnels fournis aux présentes ainsi que tout autre renseignement personnel détenu actuellement ou recueilli à l'avenir par La Croix Bleue du Manitoba peuvent être recueillis, utilisés ou divulgués dans le but d'administrer les conditions de la police d'assurance collective dont je suis un membre admissible, de développer et de recommander des produits et des services qui me conviennent et d'administrer les affaires de la compagnie.

Selon le type de couverture auquel je souscris, certains renseignements personnels restreints peuvent être recueillis auprès de tierces parties ou divulgués à celles-ci. Ces tierces parties comprennent certains autres régimes de La Croix Bleue, les professionnels de la santé et les établissements de santé, les assureurs de soins médicaux et les assureurs-vie, les autorités gouvernementales et les organismes de réglementation ainsi que toute autre tierce partie lorsque nécessaire et dans le but d'administrer les garanties décrites dans ma police ou de la police d'assurance collective dont je suis un membre admissible. Je comprends que la Croix Bleue peut faire appel à des fournisseurs de services au Canada et à l'étranger dans le cadre de ses activités d'affaires et, qu'à ce titre, lorsque la loi l'exige, mes renseignements personnels peuvent être divulgués à des autorités chargées de faire appliquer la loi et à toute autre autorité au Canada ou à l'étranger si la Croix Bleue ou l'un de ses fournisseurs de services autorisés étaient en possession de tels renseignements.

J'atteste avoir donné mon consentement à ce que la Croix Bleue recueille, utilise et divulgue mes renseignements personnels conformément aux dispositions du code de protection de la vie privée de la Croix Bleue. Il est entendu que je peux retirer mon consentement en tout temps. Cependant, si le consentement est refusé ou retiré, la couverture d'assurance peut être refusée ou annulée.

Je comprends les raisons pour lesquelles mes renseignements personnels sont nécessaires et je suis conscient des risques et des avantages si je consens ou si je m'oppose à leur divulgation. Si je veux obtenir de plus amples renseignements au sujet des politiques de confidentialité de la Croix Bleue du Manitoba, je peux contacter la Croix Bleue du Manitoba au 204-775-0151 ou 1-800-873-2583 ou visiter le site mb.bluecross.ca si j'ai des questions sur la collecte, l'utilisation ou la divulgation de mes renseignements personnels.

J'autorise La Croix Bleue du Manitoba à recueillir, utiliser et divulguer mes renseignements personnels tel que décrit ci-dessus.

Demande de dépôt direct

PRÉNOM	NOM DE FAMILLE	
NOM DE L'INSTITUTION FINANCIÈRE		
ADRESSE DE LA SUCCURSALE	VILLE	PROVINCE
NUMÉRO DE TRANSIT	NUMÉRO DE L'INSTITUTION	NUMÉRO DE COMPTE

À des fins de vérification, veuillez joindre un spécimen de chèque.



J'autorise la Croix Bleue du Manitoba à transférer TOUS les paiements de mes demandes de règlement à l'institution financière indiquée ci-dessus.

SIGNATURE	DATE
-----------	------

