

SECTION À REMPLIR PAR LA PERSONNE RETRAITÉE – VEUILLEZ RENVoyer LE FORMULAIRE COMPLÉTÉ À mpse.retirees@mercer.com (ou par télécopieur au 204.943.8442).

NOM DE FAMILLE		PRÉNOM		DATE DE NAISSANCE DE LA PERSONNE RETRAITÉE			JJ	MM	AAAA
ADRESSE POSTALE – RUE/CASE POSTALE				VILLE OU MUNICIPALITÉ		PROVINCE		CODE POSTAL	
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE		SEXE		AVEZ-VOUS UN NUMÉRO DE CARTE DE SANTÉ PROVINCIAL?					
DOMICILE		CELLULAIRE		<input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> NON DIVULGUÉ <input type="checkbox"/> FÉM. <input type="checkbox"/> AUTRE		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
ADRESSE PERSONNELLE DE L'INDIVIDU RETRAITÉ				DATE DE LA RETRAITE			DIVISION SCOLAIRE		
				JJ MM AAAA					
ÊTES-VOUS ÂGÉ(E) D'AU MOINS 50 ANS AU MOMENT DE LA DEMANDE?								<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
AVEZ-VOUS TRAVAILLÉ PENDANT AU MOINS 5 ANNÉES CONSÉCUTIVES DANS UNE DIVISION SCOLAIRE PUBLIQUE IMMÉDIATEMENT AVANT DE PRENDRE VOTRE RETRAITE ? (L'EMPLOI OCCASIONNEL PAS INCLUS)								<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
IMMÉDIATEMENT AVANT VOTRE DÉPART À LA RETRAITE, ÉTIEZ-VOUS COUVERT(E) PAR LE RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE COMPLÉMENTAIRE DES EMPLOYÉ(E)S DES ÉCOLES PUBLIQUES DU MANITOBA?								<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
DANS L'AFFIRMATIVE, INDIQUEZ LE NUMÉRO DE VOTRE CERTIFICAT DE LA CROIX BLEUE DU MANITOBA : _____									

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

<input type="checkbox"/> MARIÉ(E) <input type="checkbox"/> CONJOINT(E) DE FAIT		NOM DE FAMILLE (s'il diffère de celui de la personne retraitée)		PRÉNOM		DATE DE NAISSANCE			SEXE	
						JJ MM AAAA			<input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> NON DIVULGUÉ <input type="checkbox"/> FÉM. <input type="checkbox"/> AUTRE	
SI LE DEMANDEUR/LADEMANDEUSE ET SON CONJOINT/SA CONJOINTE NE SONT PAS ARIÉ(ES) 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 la personne retraitée)		PRÉNOM		LIEN DE PARENTÉ		DATE DE NAISSANCE			SEXE	
						JJ MM AAAA			<input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> NON DIVULGUÉ <input type="checkbox"/> FÉM. <input type="checkbox"/> AUTRE	
									<input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> NON DIVULGUÉ <input type="checkbox"/> FÉM. <input type="checkbox"/> AUTRE	
									<input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> NON DIVULGUÉ <input type="checkbox"/> FÉM. <input type="checkbox"/> AUTRE	

• LA PERSONNE RETRAITÉE DOIT SOUSCRIRE À CE RÉGIME EN INDIQUANT SA VÉRITABLE SITUATION FAMILIALE DANS LES 90 JOURS SUIVANT SON DÉPART À LA RETRAITE.

• SI VOUS QUITTER LE RÉGIME (POUR DES RAISONS AUTRES QUE L'OBTENTION D'UNE COUVERTURE COLLECTIVE DE REMPLACEMENT), VOUS NE POUVEZ PAS REJOINDRE.

AVEZ-VOUS, OU VOS PERSONNES À CHARGE, 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 INDIQUER LES DÉTAILS SUIVANTS

NOM DE L'ASSURÉ(E)		NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE		NUMÉRO DE POLICE	

J'atteste que les renseignements susmentionnés sont vrais et exacts et j'accepte les conditions du contrat d'assurance collective. 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 la Croix Bleue du Manitoba et le Fonds d'avantages sociaux pour les employé(e)s des écoles publiques du Manitoba.

SIGNATURE DE LA PERSONNE RETRAITÉE _____ DATE _____

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
7133			

AUTORISATION ET CONSENTEMENT DE LA CROIX BLEUE DU MANITOBA

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 du Manitoba 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 du Manitoba 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 du Manitoba recueille, utilise et divulgue mes renseignements personnels conformément aux dispositions du code de protection de la vie privée de la Croix Bleue du Manitoba. 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 ou si j'ai des questions sur la collecte, l'utilisation ou la divulgation de mes renseignements personnels, je peux contacter la Croix Bleue du Manitoba au 204-775-0151 ou au 1-800-873-2583 ou visiter le site mb.bluecross.ca.

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

AUTORISATION ET CONSENTEMENT DES EMPLOYÉ(E)S DES ÉCOLES PUBLIQUES DU MANITOBA

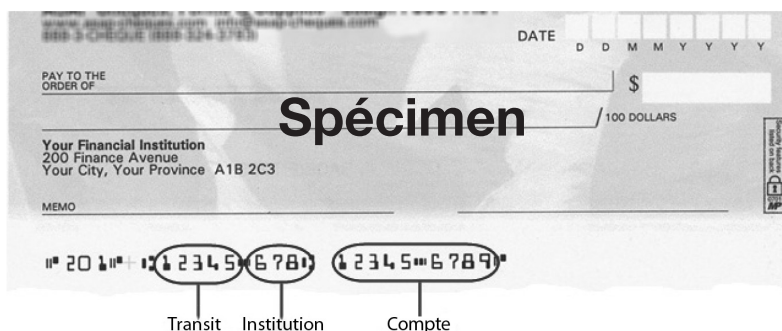
En apposant ma signature directement sous ce paragraphe, je consens, en outre, à ce que Mercer (Canada) Limited recueille et utilise mes coordonnées, y compris mon adresse électronique, dans le but de m'envoyer des infolettres périodiques, des mises à jour ou des informations faisant partie intégrante de la police d'assurance collective dont je suis membre. Je consens également à ce que Mercer (Canada) Limited divulgue mes informations au Fonds d'avantages sociaux pour les employé(e)s des écoles publiques du Manitoba dans le but de m'envoyer des infolettres périodiques, des mises à jour ou des informations faisant partie intégrante de la police d'assurance collective dont je suis membre.

SIGNATURE DE LA PERSONNE RETRAITÉE _____ DATE _____

ENTENTE DE PAIEMENTS PRÉAUTORISÉS

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 AUTORISÉE	DATE
---------------------	------

J'autorise la Croix Bleue du Manitoba à effectuer un paiement préautorisé à partir de mon compte personnel le premier jour de chaque période de facturation, laquelle est mensuelle. Le montant peut varier. J'aviserai la Croix bleue du Manitoba par écrit de tout changement apporté à mes renseignements bancaires. Je peux révoquer mon autorisation en tout temps, sous réserve d'un avis de 30 jours. Pour en savoir plus sur mon droit d'annuler une entente de paiements préautorisés, je peux communiquer avec mon institution financière ou consulter le www.cdnpay.ca. Je dispose de certains recours si un débit ne respecte pas cette entente. Pour mieux connaître mes voies de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou consulter www.cdnpay.ca.