

OCCASION UNIQUE POUR LES PERSONNES NOUVELLEMENT EMBAUCHÉES DE S'INSCRIRE OU DE RENONCER AU RÉGIME LORSQUE LA COUVERTURE N'EST PAS OBLIGATOIRE

SECTION À REMPLIR PAR L'EMPLOYÉ(E)

NOM DE FAMILLE		PRÉNOM		DATE DE NAISSANCE DE L'EMPLOYÉ(E)		JJ	MM	AAAA
ADRESSE POSTALE – RUE/CASE POSTALE			VILLE OU MUNICIPALITÉ		PROVINCE	CODE POSTAL		
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE		ADRESSE COURRIEL		SEXE		NUMÉRO D'IMMATRICULATION PROVINCIAL?		
DOMICILE		TRAVAIL		<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		

SOUSCRIPTION

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(e)]	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE			SEXE		
<input type="checkbox"/> CONJOINT(E) DE FAIT			JJ	MM	AAAA	<input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> NON DIVULGUÉ <input type="checkbox"/> FÉM. <input type="checkbox"/> AUTRE		

SI LE DEMANDEUR/LA DEMANDEUSE ET SON CONJOINT/SA CONJOINTE NE SONT PAS MARIÉ(E)S 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(e)]	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		
						<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		

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

• UNE FOIS INSCRIT(E), L'EMPLOYÉ(E) NE PEUT PAS ANNULER SON ADHÉSION TANT QU'IL OU ELLE EST EMPLOYÉ(E) (SAUF S'IL OU ELLE EST COUVERT(E) 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	NOM DE L'ASSURÉ(E)	NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE
<input type="checkbox"/> DENTAIRE <input type="checkbox"/> SANTÉ		

RENONCIATION

VEUILLEZ REMPLIR CETTE SECTION SI VOUS RENONCEZ AUX PRESTATIONS.

JE RENONCE AUX PRESTATIONS SUIVANTES. DENTAIRE SANTÉ

*** IL EST ENTENDU QU'EN RENONÇANT AUX PROTECTIONS, JE NE POURRAI PAS M'INSCRIRE AU RÉGIME À L'AVENIR SAUF SI C'EST À LA SUITE D'UNE PERTE DE COUVERTURE EN VERTU D'UNE AUTRE ASSURANCE COLLECTIVE OU D'UN ÉVÉNEMENT DE LA VIE.**

J'ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSUS SONT EXACTS ET J'ACCEPTÉ LES CONDITIONS DU CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE ENTRE LA FIDUCIE ET LA CROIX BLEUE DU MANITOBA. J'ACCEPTÉ AUSSI LES CONDITIONS DE L'AUTORISATION ET DU CONSENTEMENT AU VERSO DU PRÉSENT FORMULAIRE.

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ(E) _____ DATE _____

SECTION À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

NOM DE LA DIVISION		NUMÉRO DE GROUPE ET MATRICULE		DATE D'EMBAUCHE			JJ	MM	AAAA
NUMÉRO D'EMPLOYÉ(E)		EMPLOI		HEURES TRAVAILLÉES/SEMAINE		<input type="checkbox"/> TEMPS PLEIN <input type="checkbox"/> TEMPS PARTIEL			
J'ATTESTE PAR LA PRÉSENTE QUE L'EMPLOYÉ(E) 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/fr/ 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
-----------	------

