



COURRIEL : mpse.retirees@mercier.com

TÉLÉCOPIEUR : 204-943-8442

TÉLÉPHONE : 204-947-0055

ADRESSE: One Lombard Place,
Suite 1410, Winnipeg, Manitoba R3B 0X5

**EMPLOYÉ(E)S DES ÉCOLES PUBLIQUES DU MANITOBA
DEMANDE DE SOUSCRIPTION AU RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE ET
D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES COLLECTIF – PERSONNES RETRAITÉES**

SECTION À REMPLIR PAR LA PERSONNE RETRAITÉE – VEUILLEZ RENVoyer LE FORMULAIRE COMPLÉTÉ À mpse.retirees@mercier.com (également acceptés par TÉLÉCOPIEUR ou par POSTE.)

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 DOMICILE CELLULAIRE				SEXE <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> NON DIVULGUÉ <input type="checkbox"/> FÉM. <input type="checkbox"/> AUTRE		AVEZ-VOUS UN NUMÉRO DE CARTE DE SANTÉ PROVINCIAL? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
ADRESSE COURRIEL PERSONNELLE DE LA PERSONNE RETRAITÉE				DATE DE LA RETRAITE JJ MM AAAA		DIVISION SCOLAIRE			
ÊTES-VOUS ÂGÉ(E) D'AU MOINS 50 ANS AU MOMENT DE LA DEMANDE?								<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
COMPTEZ-VOUS AU MOINS CINQ ANNÉES DE SERVICE CONTINU DANS UNE DIVISION SCOLAIRE PUBLIQUE IMMÉDIATEMENT AVANT VOTRE RETRAITE? (L'EMPLOI OCCASIONNEL EST EXCLU.)								<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
COCHÉZ (✓) LES OPTIONS QUE VOUS SOUHAITEZ SOUSCRIRE <input type="checkbox"/> OPTION 1 – ASSURANCE-MALADIE SEULEMENT <input type="checkbox"/> OPTION 2 – SOINS DENTAIRES SEULEMENT <input type="checkbox"/> OPTION 3 – ASSURANCE-MALADIE ET SOINS DENTAIRES Vous n'êtes admissible à l'option 2 (soins dentaires seulement) que si vous fournissez une preuve d'une autre couverture de santé collective administrée par un employeur.									
IMMÉDIATEMENT AVANT VOTRE DÉPART À LA RETRAITE, ÉTIEZ-VOUS COUVERT(E) PAR LE RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE DES EMPLOYÉ(E)S DES ÉCOLES PUBLIQUES DU MANITOBA?								<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
IMMÉDIATEMENT AVANT VOTRE DÉPART À LA RETRAITE, ÉTIEZ-VOUS COUVERT(E) PAR L'ASSURANCE SOINS DENTAIRES 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	<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 la personne retraitée)	PRÉNOM	LIEN DE PARENTÉ	DATE DE NAISSANCE			SEXE	<input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> NON DIVULGUÉ <input type="checkbox"/> FÉM. <input type="checkbox"/> AUTRE
			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	
<ul style="list-style-type: none"> • VOUS DEVEZ SOUSCRIRE À CE RÉGIME EN INDIQUANT VOTRE VÉRITABLE SITUATION FAMILIALE DANS LES 90 JOURS SUIVANT VOTRE DÉPART À LA RETRAITE. • UNE FOIS INSCRIT, VOUS NE POURREZ PAS VOUS RETIRER DE L'ASSURANCE MALADIE OU DENTAIRE SANS METTRE FIN AUX DEUX COUVERTURES. • SI VOUS ANNULEZ VOTRE PARTICIPATION AU RÉGIME APRÈS VOTRE SOUSCRIPTION, VOUS NE POURREZ PAS Y SOUSCRIRE À NOUVEAU PAR LA SUITE, SAUF SI VOUS CESSEZ D'ÊTRE ASSURÉ(E) EN VERTU D'UN AUTRE RÉGIME COLLECTIF ADMINISTRÉ PAR UN EMPLOYEUR. 							
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? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER LES DÉTAILS SUIVANTS <input type="checkbox"/> SANTÉ <input type="checkbox"/> SOINS DENTAIRES							
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 7133	MATRICULE 119	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA COUVERTURE (JJ/MM/AAAA)	NUMÉRO DE CERTIFICAT
---------------------------------	-------------------------	--	----------------------



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

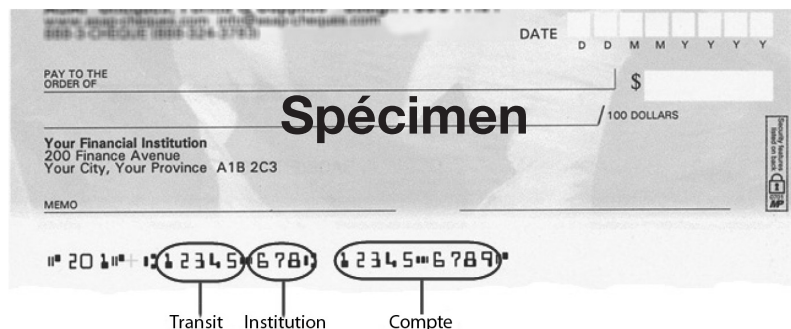
En apposant ma signature directement sous ce paragraphe, je consens, en outre, à ce que Mercer (Canada) Limited recueille et utilise mes coordonnées, y compris mon adresse électronique, dans le but de m'envoyer des infolettres périodiques, des mises à jour ou des informations faisant partie intégrante 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.