

**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		☐ MASC. ☐ FÉM.	☐ NON DIVULGUÉ ☐ AUTRE		☐ OUI ☐ NON

SOUSCRIPTION

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

☐ MARIÉ(E)	NOM DE FAMILLE [s'il diffère de celui de l'employé(e)]	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE			SEXE
☐ CONJOINT(E) DE FAIT			JJ	MM	AAAA	☐ MASC. ☐ FÉM. ☐ NON DIVULGUÉ ☐ 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	☐ MASC. ☐ FÉM. ☐ NON DIVULGUÉ ☐ AUTRE
						☐ MASC. ☐ FÉM. ☐ NON DIVULGUÉ ☐ AUTRE
						☐ MASC. ☐ FÉM. ☐ NON DIVULGUÉ ☐ AUTRE
						☐ MASC. ☐ FÉM. ☐ NON DIVULGUÉ ☐ 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 EN CAS DE COUVERTURE COLLECTIVE ALTERNATIVE GÉRÉE PAR L'EMPLOYEUR).

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
☐ DENTAIRE ☐ 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 EN CAS DE PERTE D'UNE AUTRE COUVERTURE COLLECTIVE GÉRÉE PAR L'EMPLOYEUR OU D'UN ÉVÉNEMENT DE LA VIE.

☐ JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS CI-DESSUS SONT VÉRIDIQUES, EXACTS, ET COMPLETS ET QUE TOUS LES PARTICIPANTS SONT ADMISSIBLES À LA COUVERTURE CONFORMÉMENT À L'ENTENTE DE GROUPE. JE COMPRENDS QUE JE DOIS AVISER IMMÉDIATEMENT LA CROIX BLEUE DU MANITOBA SI UN PARTICIPANT NE RÉPOND PLUS AUX CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ À MON RÉGIME. J'AI LU ET COMPRIS L'AUTORISATION ET LE CONSENTEMENT AU VERSO DU PRÉSENT FORMULAIRE ET ACCEPTE LES CONDITIONS DE L'ENTENTE COLLECTIVE CONCLUE ENTRE MON EMPLOYEUR ET LA CROIX BLEUE DU MANITOBA.

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	☐ TEMPS PLEIN			
				☐ TEMPS PARTIEL			
J'ATTESTE PAR LA PRÉSENTE QUE L'EMPLOYÉ(E) RÉPOND AUX EXIGENCES CONTRACTUELLES D'ADMISSIBILITÉ.			REMPLI 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 et les renseignements médicaux personnels fournis dans le présent document, ainsi que tout autre renseignement personnel et renseignement médical personnel détenus actuellement ou recueillis à l'avenir par Croix Bleue du Manitoba ou Compagnie d'assurance-vie Croix Bleue du Canada (collectivement, « Croix Bleue ») peuvent être recueillis, utilisés ou divulgués dans le but d'administrer les conditions de la police (y compris la détermination de l'admissibilité à la couverture d'assurance, ainsi que les prestations et services et pour le traitement et le règlement des demandes) dont je suis un membre admissible, d'élaborer et de recommander des produits et services qui me conviennent et d'administrer les affaires de la Compagnie.

Selon le type de couverture auquel je souscris, des renseignements personnels ou renseignements médicaux personnels restreints peuvent être recueillis auprès de tiers ou divulgués à ceux-ci. Ces tierces parties comprennent certains autres régimes de Croix Bleue, les professionnels de la santé ou les établissements de santé, les assureurs de soins médicaux et les assureurs-vie, les autorités gouvernementales et les autorités réglementaires ainsi que toute autre tierce partie lorsque nécessaire et dans le but d'administrer les couvertures décrites dans la police dont je suis un membre admissible. Je comprends que 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 ou renseignements médicaux personnels peuvent être divulgués à des autorités chargées de l'application des lois et d'autres autorités au Canada ou à l'étranger si 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 Croix Bleue recueille, utilise et divulgue mes renseignements personnels ou renseignements médicaux personnels, conformément aux dispositions du code de protection de la vie privée de 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.

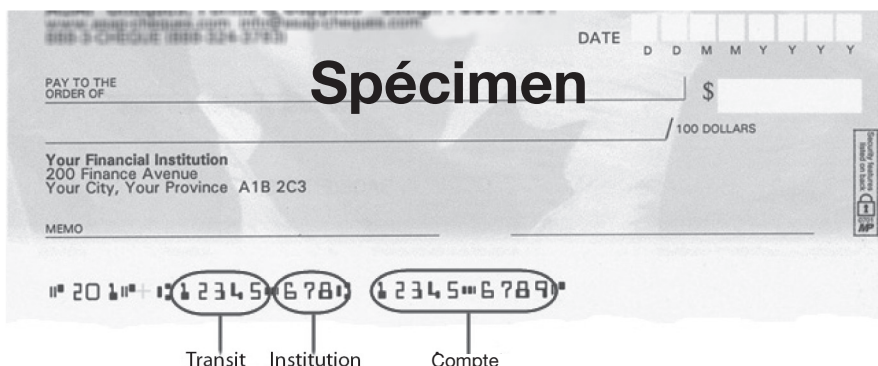
Je comprends les raisons pour lesquelles mes renseignements personnels et mes renseignements médicaux personnels sont nécessaires et je suis conscient des risques et des avantages liés au consentement ou au refus de consentement à leur divulgation. Si je veux obtenir de plus amples renseignements au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

J'autorise Croix Bleue à recueillir, à utiliser et à divulguer mes renseignements personnels et mes renseignements médicaux personnels tels 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
-----------	------

