

644 RUE MAIN CP 220 MONCTON NB E1C 8L3
TÉL : 1 800 667-4511 FAX : 1 800 644-1722

DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

Nom de l'employé(e)		N° de police		N° d'identification	
Date d'entrée en vigueur de la protection de l'employé(e) avec Croix Bleue Medavie (JJ / MM / AA)		Catégorie d'employés	L'employé(e) jouit-il (elle) d'une protection familiale? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Date d'emploi (JJ / MM / AA)
Date d'entrée en vigueur de l'assurance de l'employé(e) pour l'état critique (JJ / MM / AA)		L'employé(e) est-il (elle) activement au travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
L'assurance est-elle toujours en vigueur? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Sinon, dernière journée d'emploi? (JJ / MM / AA) _____			
Sinon, date d'annulation (JJ / MM / AA) _____		Sinon, expliquer pourquoi cet(te) employé(e) a cessé de travailler.			
Raison de l'annulation					

Employeur _____ Signature _____

Date _____ Fonction _____

DÉCLARATION DU (DE LA) REQUÉRANT(E)

Nom du (de la) requérant(e)		Adresse		Numéro de téléphone ()	
Lien du (de la) requérant(e) avec l'employé(e) <input type="checkbox"/> Employé(e) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Personne à charge			Date de naissance du (de la) requérant(e) (JJ / MM / AA)		
Date de l'apparition du problème (JJ / MM / AA)	Avez-vous souffert de ce problème avant? <input type="checkbox"/> Oui Quand (JJ / MM / AA) _____ <input type="checkbox"/> Non		Décrire le problème.		
Veuillez indiquer le nom de tous les médecins ayant traité le (la) patient(e) pour ce problème.		Nom du ou des hôpitaux dans lesquels le (la) requérante a été traité(e).			

J'atteste par la présente que les renseignements susmentionnés sont à ma connaissance corrects. J'autorise tout médecin habilité à pratiquer, praticien de la médecine, hôpital, clinique ou autre établissement médical ou associé à la médecine, compagnie d'assurances ou autre organisation, établissement ou personne possédant des dossiers ou des connaissances à mon sujet et sur mon état de santé à les divulguer à Croix Bleue Medavie.

Je comprends que les renseignements personnels fournis ainsi que tous les autres renseignements personnels déjà communiqués ou recueillis plus tard dans le cadre du régime de Croix Bleue Medavie ou de la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada peuvent être recueillis, utilisés ou communiqués pour administrer les modalités de ma police, pour élaborer et me recommander des produits et des services* adaptés à mes besoins et pour gérer les affaires de la Compagnie.

Selon le type de protection que je souscris, certains renseignements personnels peuvent être recueillis auprès d'une tierce partie ou communiqués à cette dernière. Ces tierces parties comprennent les autres sociétés Croix Bleue, les professionnels de la santé ou les établissements de santé, les fournisseurs d'assurance-vie ou de protection-santé, le gouvernement et les autorités de réglementation, ainsi que d'autres tierces parties lorsque nécessaire pour administrer les produits et services assurés dans la police.

Je comprends que mes renseignements personnels demeureront confidentiels et qu'ils sont protégés. Je comprends que je peux annuler mon consentement en tout temps. Toutefois, si je refuse de donner mon consentement ou si je l'annule, la protection peut m'être refusée ou mon contrat peut être résilié. Je comprends la raison pour laquelle mes renseignements personnels sont requis et je suis conscient(e) des risques et des avantages d'accepter ou de refuser qu'ils soient divulgués. Pour obtenir de plus amples renseignements sur les politiques de la Croix Bleue en matière de protection des renseignements personnels, je peux communiquer avec le personnel de la Croix Bleue au 1-800-667-4511 ou à www.medavie.croixbleue.ca. si j'ai des questions sur la collecte, l'utilisation ou la communication de mes renseignements personnels.

J'autorise la Croix Bleue à recueillir, à utiliser et à divulguer mes renseignements personnels tel qu'il est décrit ci-dessus.

Signé le _____ année _____

Signature du témoin _____

Signature du (de la) requérant(e) _____

Si le (la) requérant(e) est âgé(e) de moins de 18 ans, la signature du (de la) titulaire de la police, d'un parent ou d'un tuteur légal est requise.

Une photocopie de cette autorisation est tout aussi valide que l'original. Le présent document de consentement respecte les lois fédérales et provinciales en matière de protection des renseignements personnels.

* Ne s'applique pas en Ontario ni au Québec.