

644, RUE MAIN CP 220 MONCTON (NB) E1C 8L3
230, AVE BROWNLOW - DARTMOUTH CP 2200 HALIFAX (NS) B3J 3C6
POUR EN SAVOIR PLUS : TÉL 1-800-667-4511 TÉLÉCOPIEUR : 506-869-9653

CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE POUR QUE LES MODIFICATIONS SOIENT EFFECTUÉES.

N° d'identification _____

N° de la police et de la section _____

Nom de famille _____

Instructions :

- 1) L'information sur le salaire est seulement requise pour des modifications à une assurance vie ou à une assurance salaire.
2) L'employeur doit envoyer l'original et garder la deuxième copie.
3) Le formulaire «Déclaration de santé - Assurance vie collective facultative» doit être rempli lorsqu'on demande un AJOUT ou une MODIFICATION à l'assurance vie facultative. Le montant réel de protection doit être indiqué (pas le montant de l'augmentation ou de la diminution).

GENRE DE MODIFICATION - COCHER (✓)

Grid of checkboxes for modification types: Adresse, État civil, Bénéficiaire, etc.

REMPHIR SEULEMENT LES SECTIONS TOUCHÉES PAR LA MODIFICATION ET SIGNER

Form section for employee details: Nom de famille, Prénom, Adresse, Ville, Province, Code postal, etc.

AUTRE PROTECTION

Vous ou la (les) personne(s) à votre charge êtes-vous assuré(s) par un autre assureur? Oui Non

Nom de l'autre assureur : _____

Date d'effet de la protection : _____

N° de police : _____ N° d'ID : _____

Titulaire de la police : _____

Type de protection : Hôpital, Soins de la vue, Soins de santé complémentaires, etc.

Si la réponse est oui, précisez

Table with columns: Nom de la (des) personnes assurée(s) en vertu de cette police, Date de naissance (Jour, Mois, Année).

PROTECTION DE BASE and PROTECTIONS FACULTATIVES section with various checkboxes.

CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE - Conformément aux conditions du contrat collectif d'assurance vie entre l'employeur nommé ci-dessous et la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada...

Table for beneficiaries: Nom de famille, Prénom, Pourcentage, Lien de parenté, Révocable, Irrévocable.

Pour les bénéficiaires désignés de moins de 18 ans : Je nomme _____ administrateur(trice) de tout montant à verser à un bénéficiaire considéré mineur dans sa province de résidence.

Sauf dans le cas d'une désignation irrévocable, vous pouvez changer le bénéficiaire en tout temps sans son consentement. AU QUÉBEC, la désignation de votre conjoint(e) comme bénéficiaire est jugée irrévocable à moins d'indication contraire.

Pour la province du Québec - Lorsque le bénéficiaire de la police d'assurance vie est mineur au moment du décès de l'assuré, Croix Bleue Medavie paiera la somme assurée au(x) parent(s) (ou à un autre tuteur légal, le cas échéant), et non à une autre personne qui aurait pu être nommée administrateur/fiduciaire.

MODIFICATION À L'ÉTAT CIVIL - Lorsqu'un(e) employé(e) demande le transfert de la protection individuelle à familiale dans les 31 jours qui suivent son mariage, la protection familiale entrera en vigueur selon les modalités du contrat collectif de Croix Bleue Medavie.

Date de modification à l'état civil : _____ Si le (la) conjoint(e) a déjà une protection Croix Bleue Medavie, prière d'indiquer :

Form fields for date of modification and policy details.

AUTORISATION DE LA MODIFICATION - Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts et j'autorise les retenues salariales, au besoin. J'autorise Croix Bleue à faire la collecte, l'utilisation et la divulgation de mes renseignements personnels...

Signature de l'employé(e) _____ Témoïn _____ Date _____

À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR section with fields for employer name, policy number, category, etc.

ÉNONCÉ SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Je comprends que les renseignements personnels fournis ainsi que tous les autres renseignements personnels déjà communiqués ou recueillis plus tard par Croix Bleue Medavie ou la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada peuvent être recueillis, utilisés ou communiqués pour administrer les modalités de ma police ou de la police collective dont je suis un adhérent admissible, pour me recommander des produits et des services et gérer les affaires de la Croix Bleue. Selon le type de protection à laquelle 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 en vertu de la police collective dont je suis un adhérent admissible.

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, la Croix Bleue pourrait ne pas me fournir la protection ou les prestations demandées. 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.

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. Pour de plus amples renseignements sur les politiques de Croix Bleue Medavie en matière de protection des renseignements personnels, veuillez visiter le www.medavie.croixbleue.ca ou appeler le 1-800-667-4511.