

Le masculin est utilisé dans le présent document de façon neutre dans le but d'alléger le texte et d'en faciliter la lecture.

Identification

L'information se trouve sur votre carte d'identification Croix Bleue

Numéro d'identification : _____ Numéro de police : _____ Nom : _____

MODIFIER VOS RENSEIGNEMENTS

Adresse - Ma nouvelle adresse est :

Code Postal : _____

No de téléphone : Mon nouveau numéro est le :

Courriel : Mon nouveau courriel est le : _____

Nom

Ancien nom : _____

Nouveau nom : _____

MODIFIER VOTRE MODE DE PAIEMENT

Veillez remplir l'entente ci-dessous pour autoriser les prélèvements automatiques

J'autorise (Nous autorisons) l'Association des services hospitaliers Canassurance et ses filiales¹ et Medavie Inc., faisant affaires sous le nom de Croix Bleue Medavie® (collectivement « Croix Bleue ») et l'institution financière désignée (ou toute autre institution financière que je pourrais (nous pourrions) autoriser en tout temps) à commencer le prélèvement, selon mes (nos) instructions, des versements périodiques ou des versements uniques occasionnels pour le paiement des primes d'assurance.

Je renonce (nous renonçons) à mon (notre) droit de recevoir une confirmation ainsi qu'un préavis du montant du Prélèvement Automatique. J'ai (nous avons) convenu que je n'ai (nous n'avons) pas besoin d'un préavis du montant 15 jours avant que le premier Prélèvement Automatique soit effectué.

Des paiements mensuels réguliers seront prélevés du compte que j'ai précisé (nous avons précisé) le premier jour ouvrable de chaque mois. Croix Bleue ne donnera pas de préavis, mais donnera un préavis de 30 jours si la déduction est susceptible de changer.

Croix Bleue obtiendra mon (notre) autorisation pour d'autres prélèvements uniques ou sporadiques. Croix Bleue exige un avis écrit pour les changements apportés aux renseignements bancaires.

Cette autorisation demeure valide jusqu'à ce que Croix Bleue reçoive un avis écrit de ma (notre) part si des changements y sont apportés ou si elle est annulée. Cet avis doit être reçu au moins 30 jours ouvrables avant la date prévue du prochain prélèvement. Il doit être envoyé au Service d'administration de Croix Bleue. Je peux (Nous pouvons) obtenir un spécimen de formulaire d'annulation ou plus de renseignements sur mon (notre) droit d'annuler l'entente relative aux prélèvements automatiques auprès de mon (notre) institution financière ou en visitant le paiements.ca.

J'ai (Nous avons) certains droits de recours advenant qu'un prélèvement ne soit pas conforme à cette entente. Par exemple, j'ai (nous avons) le droit de recevoir un remboursement pour un prélèvement automatique non autorisé ou non conforme à la présente entente. Pour obtenir un formulaire de demande de remboursement, ou pour obtenir plus de renseignements sur mes (nos) droits de recours, je peux (nous pouvons) communiquer avec mon (notre) institution financière ou visiter le paiements.ca.

Type de service : Personnel Professionnel Veillez joindre un chèque annulé au formulaire. (Les paiements par carte de crédit ne sont pas acceptés.)

Institution financière (IF) : (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Adresse : _____

Ville ou village : _____ Province : _____ Code postal : _____

Numéro de transit de l'IF :

--	--	--	--	--	--

 (succursale - 5 chiffres)

--	--	--

 IF - 3 chiffres Numéro de compte de l'IF :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

La personne qui paiera les primes doit signer et remplir la section sur les renseignements personnels ci-dessous :

Nom : _____

Adresse : _____

Ville ou village : _____ Province : _____ Code postal : _____

Numéro de téléphone : (Travail) _____ (Domicile) _____

DATE : _____ Signature(s) autorisée(s) : _____

¹ Au Québec, l'Association d'hospitalisation Canassurance exerce ses activités sous le nom Croix Bleue du Québec MD. MD Croix Bleue du Québec est une marque de commerce déposée de l'Association canadienne des Croix Bleue. ^{MD†} Blue Shield est une marque de commerce déposée de la Blue Cross Blue Shield Association.

MODIFICATION DES RENSEIGNEMENTS POUR LE DÉPÔT DIRECT

Les garanties admissibles seront remboursées électroniquement (dépôt direct). Je souhaite utiliser les mêmes renseignements bancaires que :

Facturation Utilisez les renseignements bancaires ci-dessous. Je peux révoquer mon autorisation en tout temps en envoyant un avis écrit à Croix Bleue.

RENSEIGNEMENTS SUR LE COMPTE BANCAIRE - EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

Veillez joindre un chèque annulé au formulaire.

Institution financière (IF) : _____ Numéro de téléphone : _____

Adresse : _____

Ville ou village : _____ Province : _____ Code postal : _____

Numéro de transit de l'IF :

--	--	--	--	--	--

 (succursale - 5 chiffres)

--	--	--

 IF - 3 chiffres Numéro de compte de l'IF :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATE : _____ Signature(s) du(des) titulaire(s) du compte : _____

● MODIFICATION DE LA COUVERTURE

○ Type de couverture :	✓ Ajouter	✓ Retirer
○ Assurance médicaments supérieure - 2500 \$		
○ Assurance voyage		

Est-ce que vous-même et toutes les personnes à charge nommées dans la présente êtes actuellement couverts par le régime d'assurance maladie du Québec (RAMQ)?

○ Oui ○ Non Si non, pour quelle raison?

○ Ajouter ou retirer un membre de la famille

○ Changement d'état civil

Date du mariage ou de la cohabitation _____

Remarque : Si un conjoint ou une personne à charge est ajouté plus de 60 jours après la date d'admissibilité ou si un conjoint de fait est ajouté, veuillez soumettre une demande d'adhésion dûment remplie.

○ Changement du statut de personne à charge

Prénom	Nom de famille	Sexe* H/F/I/PPR†	Date de naissance JJ MM AA	Étudiant à temps plein	A= ajout C=changement R=retrait
Personne à assurer	00				
Conjoint/cohabitant**	01				
Enfant	02				
Enfant	03				
Enfant	04				
Enfant	05				

*Sexe : Homme/Femme/Personne intersexuée/Je préfère ne pas répondre - Pourquoi posons-nous la question? Certains problèmes de santé sont plus fréquents selon le sexe. Par conséquent, le sexe est utilisé pour évaluer votre couverture. Nous sommes conscients que votre sexe peut différer de votre identité de genre.

† Sélectionnez l'option PPR si vous préférez ne pas répondre.

** Conjoint désigne une personne qui est mariée à la personne à assurer ou qui vit une relation conjugale depuis au moins un an avec elle ou qui réside la même adresse que cette personne.

● ANNULATION DE LA COUVERTURE OU CHANGEMENT DE LA PERSONNE À ASSURER

□ Demande de résiliation de la couverture

Si vous souhaitez résilier votre assurance, veuillez indiquer la raison à l'aide d'un :

- Adhésion à un régime collectif de Croix Bleue Medavie
N° d'identification _____
- Changement d'assureur (assurance individuelle) _____
- Changement d'assureur (assurance collective) _____
- Déménagement - Je n'ai plus besoin d'assurance _____
- Décès - Fournir l'adresse de la succession et la date du décès _____

○ Autre, veuillez expliquer _____

Date d'entrée en vigueur
(JJ/MM/AAAA)

Changement de la personne à assurer

À partir du (date), _____ la personne à assurer visée par ce numéro d'identification sera :

Nom : _____

Signature de l'ancienne personne assurée : _____

Signature de la nouvelle personne à assurer : _____

● COMMENTAIRES

● AUTORISATION DE LA MODIFICATION

J'atteste par la présente que tous les renseignements contenus sur ce formulaire sont exacts et j'autorise Croix Bleue à apporter les changements à mon contrat conformément aux modifications demandées.

Signature de la personne à assurer

Date