

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 PERSONNELS

- Adresse** - Ma nouvelle adresse est (rue et numéro) :
Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
- N° de téléphone** - Mon nouveau numéro est le : _____
- Courriel** - Mon nouveau courriel est le : _____
- Nom** - Ancien nom : _____ Nouveau nom : _____

○ MODIFIER VOTRE MODE DE PAIEMENT

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

J'autorise/Nous autorisons Canassurancance Compagnie d'Assurance et ses filiales 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. Des paiements mensuels réguliers seront prélevés du compte que j'ai précisé/nous avons précisé le premier jour ouvrable de chaque mois.

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 dix (10) jours avant que le premier prélèvement automatique soit effectué. En cas de changement du montant, Croix Bleue donnera un préavis de trente (30) jours précisant les nouvelles modalités.

Croix Bleue obtiendra mon/notre autorisation pour d'autres prélèvements uniques ou sporadiques. Je certifie/Nous certifions que tous les renseignements fournis relativement au compte sont exacts. Je m'engage/Nous nous engageons à aviser Croix Bleue par écrit de tout changement des renseignements bancaires dans la présente autorisation au moins trente (30) jours avant la date du prochain prélèvement. Advenant un tel changement, la présente autorisation sera maintenue en ce qui a trait à tout nouveau compte devant être utilisé pour les prélèvements. Je consens/Nous consentons à la divulgation de mes/nos renseignements personnels contenus dans la présente autorisation à l'institution financière désignée (ou toute autre institution financière que je pourrais/nous pourrions autoriser en tout temps).

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 trente (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 Veuillez 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 : _____ 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 : _____ Province : _____ Code postal : _____

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

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

○ MODIFICATION DES RENSEIGNEMENTS POUR LE DÉPÔT DIRECT

Les frais admissibles seront remboursés 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

Veuillez joindre un chèque annulé au formulaire.

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

Adresse : _____

Ville : _____ 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

○ Modification du type de couverture	✓ Ajouter	✓ Retirer
Garantie voyage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polices avec une date d'effet à partir du 1^{er} juin 2024		
Garantie médicaments* (pour les 65 ans et plus)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polices avec date d'effet avant le 1^{er} juin 2024		
Garantie médicaments*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* Pour être admissible à la garantie médicaments, vous et toutes les personnes à charge nommées dans la présente devez être inscrits au Régime public d'assurance médicaments (RPAM) administré par la RAMQ ou bénéficiaire d'une assurance collective équivalente.

Veillez sélectionner le(s) motif(s) du changement et compléter le tableau ci-dessous :

○ Ajouter ou retirer un membre de la famille

Si vous ajoutez une personne à assurer, est-elle couverte par le régime public d'assurance maladie du Québec (RAMQ)? Oui Non

Si non, pour quelle raison?

○ 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/AAAA	Étudiant à temps plein	A = ajout C = changement D = retrait
Personne à assurer	00				
Conjoint/cohabitant**	01				
Enfant	02			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Enfant	03			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Enfant	04			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Enfant	05			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	

*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 l'adhérent ou qui vit une relation conjugale depuis au moins un an avec elle ou qui réside à la même adresse que cette personne.

○ ANNULATION DE LA POLICE OU CHANGEMENT DE L'ADHÉRENT

□ Demande de résiliation de la police

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 _____

Changement de l'adhérent

À partir du (date), _____ l'adhérent visée par ce numéro d'identification sera :

Nom : _____

Signature de l'adhérent initial : _____

Signature du nouvel adhérent : _____

○ 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 l'adhérent

Date