

Vous aurez
65 ans?

VOUS POUVEZ BÉNÉFICIER
D'UNE COUVERTURE MÉDICAMENTS
ET DE SOINS DE SANTÉ

Régimes de
médicaments
du N.-B.

ET

Programme
de soins de
santé pour
les aînés de
Croix Bleue
Medavie



Pour commencer

Vous recevez cette trousse parce que vous aurez bientôt 65 ans et que plus d'options s'offriront à vous pour votre couverture médicaments et de soins de santé.

Cette trousse décrit les différents moyens par lesquels vous pouvez obtenir une assurance médicaments sur ordonnance. Vous pouvez également ajouter la couverture en cas d'hospitalisation et choisir entre deux régimes de soins de santé. Consultez la description des différents régimes pour déterminer la couverture qui répond le mieux à vos besoins.

Vous trouverez dans les pages centrales de cette trousse les formulaires de demande d'adhésion et les enveloppes-réponses que vous devez remplir afin de souscrire au régime de votre choix.

Qui est admissible?

Les aînés du Nouveau-Brunswick sont admissibles à la couverture médicaments s'ils :

- sont âgés de 65 ans et plus;
- sont des résidents permanents du Nouveau-Brunswick;
- possèdent une carte d'Assurance-maladie valide du Nouveau-Brunswick;
- ne sont pas couverts par une autre assurance médicaments sur ordonnance.

La Confidentialité

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick s'engage à préserver la confidentialité de vos renseignements personnels. Visitez notre page Web sur la confidentialité (www.gnb.ca/santevieprivee) pour obtenir de plus amples renseignements sur nos pratiques de protection des renseignements personnels et sur vos droits quant à cette question.

Croix Bleue Medavie s'engage à préserver la confidentialité de vos renseignements personnels. Visitez notre page Web sur la protection des renseignements personnels (<http://web-beta.medavie.bluecross.ca/fr/linked/privacy>) pour obtenir plus d'information sur nos pratiques de protection des renseignements personnels et sur vos droits quant à cette question.

Couvertures disponibles

Assurance médicaments sur ordonnance

**Plan de médicaments sur ordonnance
du Nouveau-Brunswick** page 2

Régime médicaments du Nouveau-Brunswick page 3

**Plan de médicaments sur ordonnance de
Croix Bleue Medavie à l'intention des aînés** page 4

Couverture supplémentaire

Couverture en cas d'hospitalisation page 5

Régimes de base et amélioré de soins de santé ... page 5

Tableau comparatif page 6

Questions et réponses

Foire aux questions pages 7 et 8

Formulaires

**Formulaires et enveloppes-réponses
correspondantes** pages centrales

Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

Vous êtes admissible au Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick si vous recevez le Supplément de revenu garanti (SRG) du ministère de l'Emploi et Développement social Canada. Chaque aîné (65 ans et plus) d'une même famille doit faire une demande individuelle pour le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

Prime annuelle	Quote-part par ordonnance
Aucune	9,05 \$ jusqu'à un maximum annuel de 500 \$ par personne

Pour vous inscrire à ce programme :

- Remplissez le Formulaire de confirmation du Supplément de revenu garanti
- Envoyez-nous le formulaire par télécopieur ou par la poste

Pour obtenir plus de renseignements, visitez notre site Web au www.gnb.ca/PMONB

Si vous ne recevez pas le Supplément de revenu garanti, veuillez communiquer avec nous si vous êtes :

- une personne seule (âgée de 65 ans ou plus) avec un revenu annuel de 17 198 \$ ou moins
- un couple (dont les deux personnes ont 65 ans ou plus) avec un revenu annuel de 26 955 \$ ou moins
- un couple (dont l'une des personnes a 65 ans ou plus et l'autre est âgée de moins de 65 ans) avec un revenu annuel de 32 390 \$ ou moins

FORMULAIRE DE CONFIRMATION :

Formulaire de confirmation du Supplément de revenu garanti

Téléphone : 1-800-332-3692

Télécopieur : 1-888-455-8322

Courriel : info@nbdrugs-medicamentsnb.ca

(l'usage du courriel n'est pas prévu pour la transmission d'information confidentielle)

Régime médicaments du Nouveau-Brunswick

Les Néo-Brunswickois sans assurance médicaments sur ordonnance, y compris les aînés, peuvent s'inscrire au Régime médicaments du Nouveau-Brunswick. Les adhérents de ce régime paient des primes et une quote-part de 30 %, jusqu'à un montant maximum par ordonnance. Les primes et les quotes-parts sont déterminées en fonction du revenu.

Niveau de revenu brut		Primes	Quotes-parts
Individu	Individu avec enfants/couple avec ou sans enfants	Prime mensuelle (par adulte)	30 %, jusqu'à un montant maximum par ordonnance
17 884 \$ ou moins	26 826 \$ ou moins	16,67 \$	5 \$
17 885 \$ à 22 346 \$	26 827 \$ à 33 519 \$	33,33 \$	10 \$
22 347 \$ à 26 360 \$	33 520 \$ à 49 389 \$	66,67 \$	15 \$
26 361 \$ à 50 000 \$	49 390 \$ à 75 000 \$	116,67 \$	20 \$
50 001 \$ à 75 000 \$	75 001 \$ à 100 000 \$	133,33 \$	25 \$
Plus de 75 000 \$	Plus de 100 000 \$	166,67 \$	30 \$

Pour vous inscrire à ce régime :

- Remplissez le formulaire de Demande d'adhésion au Régime médicaments du Nouveau-Brunswick
- Envoyez-nous le formulaire par télécopieur ou par la poste

Pour obtenir plus de renseignements, visitez notre site Web au www.gnb.ca/regimemedicaments

DEMANDE D'ADHÉSION :

Demande d'adhésion au Régime médicaments du Nouveau-Brunswick

Téléphone : 1-855-540-7325

Télécopieur : 1-888-455-8322

Courriel : info@nbdrugs-medicamentsnb.ca

(l'usage du courriel n'est pas prévu pour la transmission d'information confidentielle)

Plan de médicaments sur ordonnance de Croix Bleue Medavie à l'intention des aînés

Les Néo-Brunswickois sans assurance médicaments sur ordonnance (de 65 ans et plus) peuvent s'inscrire au Plan de médicaments sur ordonnance de Croix Bleue Medavie à l'intention des aînés.

Prime mensuelle	Quote-part par ordonnance
135 \$	15 \$

Quels sont les délais pour faire une demande d'adhésion au Plan de médicaments sur ordonnance de Croix Bleue Medavie à l'intention des aînés?

Il est très important de savoir à quel moment vous pourrez faire une demande d'adhésion. Vous serez admissible au Plan de médicaments sur ordonnance de Croix Bleue Medavie à l'intention des aînés si :

- vous soumettez une demande d'adhésion dans les 60 jours suivant votre 65^e anniversaire; ou
- vous êtes âgé de plus de 65 ans et vous soumettez une demande d'adhésion dans les 60 jours suivant l'annulation d'un autre régime d'assurance médicaments; ou
- vous êtes âgé de plus de 65 ans et vous soumettez une demande d'adhésion dans les 60 jours suivant votre admissibilité au régime d'Assurance-maladie du N.-B. en tant que nouveau résident.

Vous avez passé les dates limites ou avez oublié de faire une demande d'adhésion dans un délai de 60 jours?

Si vous n'avez pas soumis de demande d'adhésion dans le délai de 60 jours exigé, vous pouvez faire une demande à titre d'adhérent tardif, mais vous devrez remplir un questionnaire médical. Selon vos antécédents médicaux, votre demande sera ou ne sera PAS acceptée. Pour entamer ce processus, téléphonez au numéro sans frais 1-800-332-3692.

Pour vous inscrire à ce programme :

- Remplissez le formulaire de Demande d'adhésion pour Plan de médicaments sur ordonnance de Croix Bleue Medavie à l'intention des aînés
- Envoyez-nous le formulaire par la poste, par courriel ou par télécopieur

DEMANDE D'ADHÉSION :

Plan de médicaments sur ordonnance de Croix Bleue Medavie à l'intention des aînés

Téléphone : 1-800-332-3692

Télécopieur : 1-888-455-8322

Courriel : info@nbdrugs-medicamentsnb.ca

(l'usage du courriel n'est pas prévu pour la transmission d'information confidentielle)

Couverture en cas d'hospitalisation et régime de soins de santé

Tous les autres régimes décrits précédemment couvrent les médicaments sur ordonnance seulement. Pour compléter votre assurance médicaments, envisagez d'ajouter la couverture en cas d'hospitalisation et un régime de soins de santé afin de vous procurer la couverture qui répond le mieux à vos besoins.

Couverture en cas d'hospitalisation

31,50 \$ par mois

La couverture en cas d'hospitalisation couvre 80 % des coûts d'une chambre d'hôpital semi-privée ou privée, jusqu'à un maximum de 50 \$ par jour, pour un maximum de 90 jours par année. Ce régime n'offre pas de couverture en cas d'hospitalisation au cours des trois premiers mois suivant l'adhésion.

Régime de base de soins de santé

14 \$ par mois

Régime amélioré de soins de santé

24 \$ par mois

Consultez le tableau comparatif à la page 6 pour savoir quelles garanties vous conviennent le mieux.

***Clause pour les proposants tardifs :** Vous serez assujettis à un an d'attente pour certaines garanties offertes en vertu des régimes de soins de santé (de base et amélioré) si vous ne soumettez pas votre demande d'adhésion dans les 60 jours suivant votre 65^e anniversaire, ou la date de fin d'un autre régime de soins de santé, ou l'obtention de l'Assurance-maladie du N.-B. en tant que nouveau résident.

Que dois-je faire si je souhaite avoir une couverture plus étendue?

Croix Bleue Medavie offre une vaste gamme de garanties pour répondre à vos besoins, notamment des garanties de soins de santé, de soins dentaires, de l'assurance voyage et de l'assurance vie.

Régime individuel de soins dentaires

40,28 \$ par mois (facturé séparément)

Les soins dentaires sont couverts à 70 % et incluent : examen de rappel, polissage, détartrage, obturations, traitement de canal, extractions, réparations mineures de prothèses, regarnissage et rebasage de prothèses. Des limites de fréquence peuvent s'appliquer. Ce régime ne couvre pas les soins dentaires pendant les six premiers mois suivant l'adhésion.

Pour obtenir plus d'information, téléphonez au numéro sans frais 1-844-209-7599.

Pour ajouter la couverture en cas d'hospitalisation ou un régime de soins de santé ou dentaires :

- Remplissez le formulaire de Demande d'adhésion pour soins de santé pour les aînés de Croix Bleue Medavie
- Envoyez-nous le formulaire par la poste, par courriel ou par télécopieur

DEMANDE D'ADHÉSION :

Demande d'adhésion pour soins de santé pour les aînés de Croix Bleue Medavie

Téléphone : 1-844-209-7599

Télécopieur : 1-855-551-9984

Courriel : individual.sales@medavie.croixbleue.ca

Tableau comparatif des garanties de soins de santé

Soins de santé	Soins de santé Régime de base - 80 %	Soins de santé Régime amélioré - 80 %
Bâtonnets réactifs et lancettes pour diabétiques*	320 \$ par année	320 \$ par année
Aiguilles et seringues pour diabétiques*	180 \$ par année	180 \$ par année
Supports à pression variable	2 par année	2 par année
Prothèses auditives*	320 \$ tous les 5 ans	320 \$ tous les 5 ans
Appareils orthopédiques, atelles, orthèses	200 \$ par année	400 \$ par année
Orthèse pied-cheville personnalisée	300 \$ par année	400 \$ par année
Fournitures pour stomisés*	Admissibles	Admissibles
Membre artificiel*	Des fréquences et des maximums s'appliquent	Des fréquences et des maximums s'appliquent
Prothèse mammaire*	160 \$ tous les 2 ans	160 \$ tous les 2 ans
Prothèse capillaire*	240 \$ à vie	240 \$ à vie
Fournitures pour trachéotomie	Admissibles	Admissibles
Soins de la vue*	64 \$ tous les 2 ans	100 \$ tous les 2 ans
Radiographies	20 \$ par année combinés au maximum pour chiropractie	20 \$ par année combinés au maximum pour fournisseurs de soins de santé
Fournisseurs de soins de santé		
Chiropraticien	12 \$ par visite, jusqu'à un maximum de 100 \$ par année, combiné avec la radiographie	200 \$ par année par fournisseur de soins de santé
Podiatre	16 \$ par visite, jusqu'à un maximum de 5 visites par année	jusqu'à un maximum combiné de
Psychologue	▲	400 \$ par
Massothérapeute	▲	année
Ostéopathe	▲	
Physiothérapeute	▲	
Orthophoniste	▲	
Appareils respiratoires	▲	400 \$ tous les 3 ans
Produits pour cathéters	▲	Admissibles
Soins dentaires à la suite d'un accident	▲	7 000 \$ à vie
Ambulance	▲	400 \$ par année
Médicaments (urgences à l'extérieur de la province, mais au Canada)	▲	Admissibles
Location d'équipement*	▲	Admissibles
Soins infirmiers	▲	250 \$ par année
Fourniture servant à administrer l'oxygène*	▲	1 600 \$ tous les 3 ans
Oxygène*	▲	1 200 \$ par année
Dispositif de surveillance du taux de glucose *	▲	80 \$ tous les 5 ans
Chaussures et fournitures orthopédiques	▲	100 \$ par année
Prothèse oculaire*	▲	300 \$ tous les 3 ans
Verres de contact requis à la suite d'une maladie*	▲	200 \$ tous les 2 ans

▲ Garantie non couverte. * Clause pour proposants tardifs (voir page 5)

Foire aux questions

Quels médicaments sont couverts?

- La liste des médicaments couverts en vertu du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick est disponible au www.gnb.ca/regimemedicaments, en cliquant sur le lien « Formulaire du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick ».
- La liste des médicaments couverts en vertu du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick et du Plan de médicaments sur ordonnance de Croix Bleue Medavie à l'intention des aînés est disponible au www.gnb.ca/pmonb, en cliquant sur le lien « Formulaire ».
- La plupart des médicaments énumérés dans les formulaires n'exigent aucun critère ni approbation préalable pour qu'ils puissent être remboursés. Certains médicaments requièrent une autorisation spéciale et certains critères doivent être respectés afin qu'ils puissent être remboursés.

Est-ce que les régimes d'assurance médicaments couvrent plus que les médicaments sur ordonnance?

Non, les régimes d'assurance médicaments couvrent les médicaments sur ordonnance seulement. Vous pouvez acheter un régime de soins de santé par l'entremise du Programme de soins de santé pour les aînés de Croix Bleue Medavie qui vous offrira une couverture pour les soins de la vue, les prothèses auditives, les soins infirmiers, l'oxygène, les fournitures pour diabétiques et l'équipement médical. Téléphonnez au numéro sans frais 1-844-209-7599.

Est-ce que mon/ma conjoint(e) peut aussi être couvert(e) s'il/si elle a moins de 65 ans?

Oui, si votre conjoint(e) n'est pas assuré(e), il/elle peut faire une demande d'adhésion à l'assurance médicaments offerte par le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick ou par Croix Bleue Medavie.

Est-ce que mon/ma conjoint(e) peut être couvert(e) par un régime différent?

Oui, vous et votre conjoint(e) pouvez être couverts par différents régimes présentés dans ce document, selon votre situation.

Foire aux questions

Comment puis-je adhérer à une assurance médicaments si je déménage au Nouveau-Brunswick?

- La première étape est de faire une demande d'inscription au régime d'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick. Lorsque vous recevez votre carte d'Assurance-maladie, vérifiez la date à laquelle votre couverture entre en vigueur.
- Téléphonnez ensuite au numéro de téléphone qui correspond à la couverture que vous souhaitez obtenir.
- Afin de garantir votre admissibilité au Plan de médicaments sur ordonnance de Croix Bleue Medavie à l'intention des aînés, vous devez faire une demande d'adhésion dans les 60 jours suivant la date de mise en vigueur de votre régime d'Assurance-maladie. Si vous ne faites PAS de demande d'adhésion dans les 60 jours suivant la date de mise en vigueur de votre régime d'assurance-maladie, vous serez considéré comme un adhérent tardif et votre demande sera ou ne sera PAS acceptée, en fonction de vos antécédents médicaux.

Si je déménage à l'extérieur du Nouveau-Brunswick, suis-je encore admissible à une assurance médicaments?

- Tous les régimes d'assurance médicaments sont offerts seulement aux résidents du Nouveau-Brunswick. Si vous déménagez à l'extérieur du Nouveau-Brunswick, vous devez informer le régime d'Assurance-maladie et votre régime d'assurance médicaments de la date de votre déménagement. Votre couverture sera annulée en conséquence.
- Bien que vous ne puissiez pas conserver votre régime d'assurance médicaments, vous pouvez obtenir un approvisionnement de 90 jours pour la plupart des médicaments. Ainsi, vous pourrez couvrir la période d'attente nécessaire pour obtenir une couverture dans votre nouvelle province de résidence.
- Informez-vous le plus tôt possible des différentes options d'assurance médicaments offertes dans votre nouvelle province de résidence.

Plan de médicaments sur ordonnance
C.P. 690
Moncton N.-B.
E1C 8M7

N° de téléphone : 506-867-4515
N° sans frais : 1-800-332-3692
N° de télécopieur : 506-867-4872
N° de téléc. sans frais : 1-888-455-8322

Comment remplir ce formulaire

1. Si vous recevez le Supplément de revenu garanti (SRG), remplissez toutes les sections. Veuillez écrire lisiblement. **Les renseignements incomplets peuvent retarder le traitement.** Si vous avez des questions, veuillez nous téléphoner au numéro ci-dessus.
2. Envoyez le formulaire dûment rempli et signé ainsi que le document requis confirmant que vous recevez le SRG (voir les détails plus bas) à l'adresse ou au numéro de télécopieur ci-dessus.
3. Une fois le formulaire traité, vous recevrez une lettre confirmant votre admissibilité. La quote-part de ce programme est de 9,05 \$ par ordonnance, jusqu'à un montant maximum de 500 \$ par année.

Qui est admissible pour faire une demande?

- Les résidents du Nouveau-Brunswick qui détiennent une carte d'assurance-maladie valide, qui sont âgés de 65 ans ou plus et qui reçoivent le Supplément de revenu garanti fédéral sont admissibles au Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB).

Section 1 - Renseignements personnels (obligatoire)

Nom du demandeur : _____ Date de naissance : / /

Numéro d'assurance sociale : _____ Numéro d'assurance-maladie : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Numéro de téléphone : _____

Sexe : Homme Femme Langue préférée : Français Anglais

Avez-vous bénéficié d'une assurance médicaments en vertu d'un autre régime de soins de santé au cours des 12 derniers mois? Oui Non

Si la réponse est « oui », à quelle date cette couverture a-t-elle pris fin ou prendra-t-elle fin?

 / /

Section 2 - Document (obligatoire)

Veuillez joindre le document suivant à ce formulaire.

- Une lettre de Service Canada indiquant le mois durant lequel le SRG a été ajouté à votre pension de la sécurité de la vieillesse. Vous pouvez obtenir cette lettre en téléphonant sans frais au numéro 1-800-277-9915.

Section 3 - Consentement à la communication de renseignements sur le Supplément de revenu garanti (*obligatoire*)

Je, soussigné, autorise par la présente le ministère de l'Emploi et du Développement social du Canada à fournir au responsable compétent du ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick ou à son agent de mise en oeuvre, des renseignements sur mon admissibilité au Supplément de revenu garanti et, le cas échéant, tout autre renseignement administratif me concernant, qu'ils soient fournis par moi ou par un tiers. Ces renseignements devront être pertinents à la détermination et à la vérification de mon admissibilité aux prestations du Plan de médicaments sur ordonnance du N-B et utilisés à cette fin uniquement. Ils ne seront divulgués à personne d'autre ni à aucune autre organisation sans mon autorisation. Il est entendu que, si je le souhaite, je peux révoquer la présente autorisation à tout moment, en adressant une demande par écrit au Plan de médicaments sur ordonnance du N-B. La présente autorisation est valide pour l'année d'imposition en cours et toutes les années d'imposition subséquentes, durant lesquelles les services assurés pourront être demandés et déterminés en vertu du Plan de médicaments sur ordonnance du N-B.

Nom du demandeur : _____

Signature : _____ Date de la signature : JJ / MM / AAAA

Section 4 - Déclaration personnelle et autorisation (*obligatoire*)

En signant ce formulaire de confirmation, je confirme que :

Je présente une demande au Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) et je fournis dans le présent formulaire des renseignements à cette fin.

Je comprends que je peux retirer ma demande et annuler ma couverture en tout temps.

Les renseignements fournis dans la présente demande sont, à ma connaissance, exacts. Je comprends que transmettre des renseignements faux ou incomplets constitue une infraction.

J'autorise le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick à recueillir mon numéro d'assurance sociale, ainsi que des renseignements auprès de l'Assurance-maladie et de tiers, afin de vérifier mon admissibilité au Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

Je consens à informer le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick de tout changement éventuel pouvant avoir des répercussions sur ma couverture.

Je comprends que les renseignements personnels que je fournis ainsi que tous les renseignements personnels actuellement en la possession du Plan ou susceptibles d'être collectés à l'avenir pourront être recueillis, utilisés ou communiqués aux fins d'application des modalités du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

J'autorise le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick à recueillir, utiliser et divulguer mes renseignements personnels en vertu des conditions énoncées ci-dessus, aussi longtemps que je serai couvert par le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

Je comprends que je peux révoquer mon consentement à tout moment. Dans certains cas, la révocation de mon consentement peut mettre le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick dans l'impossibilité de me fournir la couverture ou les services assurés demandés.

Nom du demandeur : _____

Signature : _____ Date de la signature : JJ / MM / AAAA

Ces renseignements sont recueillis en vertu de la Loi sur la gratuité des médicaments sur ordonnance, LN-B 1975, c P-15.01, art 2. Ils seront utilisés et divulgués aux fins de l'administration du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick. Ils peuvent être utilisés et divulgués conformément à la Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé, LN-B 2009, c P-7.05. Pour obtenir de plus amples renseignements concernant la collecte et l'utilisation de renseignements personnels, visitez le site Web www.gnb.ca/santevieprivee, ou contactez le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick à l'adresse ou au numéro de téléphone indiqués sur la première page de ce formulaire.

Régime médicaments

du Nouveau-Brunswick

Demande d'adhésion

Régime médicaments du
Nouveau-Brunswick
C.P. 690
Moncton (N.-B.) E1C 8M7

Numéro sans frais : 1-855-540-7325
Télécopieur : 1-888-455-8322
Site Web : gnb.ca/regimemedicaments

Veillez communiquer avec le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick au 1-855-540-7325 avant de présenter une demande d'adhésion afin de confirmer que le médicament pour lequel vous souhaitez obtenir une couverture est inscrit sur le formulaire de médicaments du Régime.

i Comment remplir ce formulaire

- Toutes les sections doivent être remplies.** Veuillez écrire lisiblement. Assurez-vous que vous (et votre conjoint[e] le cas échéant) avez signé les sections 3, 4 et 5. Toute personne à charge (le cas échéant) de plus de 16 ans doit signer la section 5.
- Ne remplissez qu'une seule demande d'adhésion par famille.** Votre conjoint(e) ou les personnes à votre charge (le cas échéant) n'ont pas besoin de remplir une demande séparée.
- Si vous présentez une demande et que vous avez déjà un régime d'assurance médicaments, vous devez également remplir le formulaire **Couverture médicaments actuelle**, et l'envoyer avec le formulaire de demande d'adhésion complété. Le formulaire Couverture médicaments actuelle est disponible sur le site Web du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick.
- Envoyez la demande d'adhésion complétée et signée par la poste ou télécopieur, à l'adresse postale ou au numéro indiqué ci-dessus.
- Lorsque votre demande d'adhésion aura été traitée, vous recevrez un avis d'acceptation au Régime médicaments du Nouveau-Brunswick, qui vous donnera les détails de votre prime et de votre quote-part ainsi que la date d'entrée en vigueur de votre couverture.

SECTION 1 - Renseignements personnels (obligatoire)

DEMANDEUR :

Prénom : _____ Nom de famille : _____

N° d'assurance-maladie : _____ Date de naissance : _____ JJ/MM/AAAA

Sexe : masculin féminin

État civil : personne seule marié(e) conjoint(e) de fait séparé(e) divorcé(e) veuf(veuve)

Adresse postale : _____

Ville/village : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Autre numéro (p. ex., cellulaire) : _____

Êtes-vous actuellement couvert par un régime d'assurance médicaments? oui non

Quand votre couverture prend-elle fin? _____ JJ/MM/AAAA

Si vous avez une couverture qui ne prendra pas fin dans le cadre d'un autre régime d'assurance médicaments, veuillez remplir le formulaire Couverture médicaments actuelle et l'envoyer avec le formulaire de demande d'adhésion dûment rempli.

CONJOINT(E) : (Les renseignements sur votre conjoint(e) sont requis même s'il (elle) ne demande pas la couverture. Les primes et les quotes-parts sont déterminées en fonction du revenu familial.)

Prénom : _____ Nom de famille : _____

N° d'assurance-maladie : _____ Date de naissance : _____ JJ/MM/AAAA

Sexe : masculin féminin

Votre conjoint(e) demande-t-il (elle) aussi la couverture? oui non

Est-ce que votre conjoint(e) est actuellement couvert(e) par un régime d'assurance médicaments? oui non

Quand la couverture prend-elle fin? _____ JJ/MM/AAAA

Si votre conjoint(e) a une couverture qui ne prendra pas fin dans le cadre d'un autre régime d'assurance médicaments, veuillez remplir le formulaire Couverture médicaments actuelle et l'envoyer avec le formulaire de demande d'adhésion dûment rempli.

SECTION 2 - Renseignements sur les personnes à charge (s'il y a lieu)

Remplissez l'information de toutes les personnes à charge admissibles. Si vous n'avez pas suffisamment de place, veuillez joindre une feuille séparée.

Personnes à charge admissibles :

- tous les enfants à charge âgés de moins de 19 ans
- toutes les personnes à charge âgées de 19 ans ou plus qui sont admissibles au crédit d'impôt pour personnes handicapées en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu fédérale*, ET qui étaient admissibles au crédit d'impôt en tant que mineur, ET qui résident avec le demandeur

Prénom	Nom de famille	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Numéro d'assurance-maladie	Sexe	Handicapée (selon la définition ci-dessus)	* La personne à charge demande-t-elle aussi la couverture?	* La personne à charge est-elle actuellement couverte par un régime d'assurance médicaments?
				<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
				<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
				<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
				<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

* Si votre personne à charge a une couverture qui ne prendra pas fin dans le cadre d'un autre régime d'assurance médicaments, veuillez remplir le formulaire Couverture médicaments actuelle et l'envoyer avec le formulaire de demande d'adhésion dûment rempli.

SECTION 3 - Consentement à la communication de renseignements sur l'impôt sur le revenu (obligatoire)

Votre prime annuelle et votre quote-part maximum seront calculées en fonction du revenu annuel de votre famille, tel qu'indiqué sur la déclaration de revenus de l'Agence de revenu du Canada (ARC), pour l'année d'imposition la plus récente.

Veuillez choisir l'une des options suivantes :

- Je consens à la communication de notre revenu familial, tel qu'indiqué sur nos déclarations de revenus de l'ARC pour l'année d'imposition la plus récente.

Je, soussigné, autorise (Nous, soussignés, autorisons) par la présente l'Agence du revenu du Canada à fournir au responsable compétent du **ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick** ou à son **agent de mise en œuvre**, des renseignements sur mes (nos) déclarations de revenus, et, le cas échéant, tout autre renseignement confidentiel me (nous) concernant, qu'ils soient fournis par moi (nous) ou par un tiers. Ces renseignements devront être pertinents à la détermination et à la vérification de mon (notre) admissibilité aux prestations, aux primes et aux subventions du **Régime médicaments du Nouveau-Brunswick** et utilisés à cette fin uniquement. Ils ne seront divulgués à personne d'autre ni à aucune autre organisation sans mon (notre) autorisation. Il est entendu que, si je le souhaite (nous le souhaitons), je peux (nous pouvons) révoquer la présente autorisation à tout moment, en adressant une demande par écrit au **Régime médicaments du Nouveau-Brunswick**. La présente autorisation est valide pour l'année d'imposition en cours et toutes les années d'imposition subséquentes, durant lesquelles les services assurés pourront être demandés et déterminés en vertu du **Régime médicaments du Nouveau-Brunswick**.

Numéro d'assurance sociale du demandeur :

Numéro d'assurance sociale de votre conjoint(e) :

- Je ne consens pas à la communication de notre revenu familial, tel qu'indiqué sur nos déclarations de revenus de l'ARC pour l'année d'imposition la plus récente. La prime annuelle maximum et la quote-part maximum par ordonnance nous seront facturées.

Nom du demandeur : _____

X Signez ici - demandeur : Date de la signature : _____ 20____ AA
JJ/MM

Nom de votre conjoint(e) : _____

X Signez ici - conjoint(e) : Date de la signature : _____ 20____ AA
JJ/MM

Le consentement du conjoint(e) est obligatoire même s'il (elle) ne demande pas la couverture. Les primes et les quotes-parts sont déterminées en fonction du revenu familial.

SECTION 4 - Mode de paiement *(obligatoire)*

Chaque mois, vos primes mensuelles seront prélevées automatiquement de votre compte bancaire. Veuillez remplir l'autorisation de prélèvement automatique ci-dessous.

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE

Par la présente, j'autorise le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick ainsi que l'institution financière désignée (ou toute autre institution financière désignée par moi par la suite) à effectuer sur mon compte bancaire, conformément à mes instructions, des prélèvements périodiques et/ou ponctuels, occasionnellement, pour payer mes primes d'assurance. Des prélèvements mensuels périodiques équivalant au montant des services rendus seront effectués sur le compte désigné par moi le premier jour ouvrable de chaque mois. Le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick n'aura pas à m'envoyer de préavis de prélèvement, mais sera tenu de me fournir un relevé de prime indiquant le montant de chaque prélèvement périodique. Le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick devra obtenir mon autorisation pour tout autre prélèvement ponctuel ou sporadique. Le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick devra être informé par écrit de toutes modifications des renseignements bancaires pertinentes.

La présente autorisation demeurera en vigueur jusqu'à ce que le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick reçoive un avis de modification ou d'annulation écrit de ma part. Cet avis devra parvenir dix (10) jours ouvrables, au moins, avant le prochain prélèvement. Il devra être envoyé au Régime médicaments du Nouveau-Brunswick. Je peux obtenir un exemplaire de formulaire d'annulation, ou de plus amples renseignements sur mes droits de révocation de l'accord de prélèvement automatique, auprès de mon institution financière ou sur le site **www.paiements.ca**.

J'ai certains droits de recours en cas de prélèvement non conforme au présent accord. J'ai droit, par exemple, au remboursement de tout prélèvement automatique effectué sur mon compte sans mon autorisation ou d'une façon non conforme au présent accord de prélèvement automatique. Je peux m'adresser à mon institution financière ou consulter le site **www.paiements.ca** pour obtenir un formulaire de demande de remboursement ou tout autre renseignement sur mes droits de recours.

RENSEIGNEMENTS BANCAIRES : Cochez la case qui s'applique.

1. Le demandeur ou son(sa) conjoint(e) paiera les primes.

Veuillez joindre **un chèque portant la mention « annulé » ou un formulaire d'autorisation de prélèvement automatique/dépôt direct de votre institution financière**, et signer ci-dessous.

X Signez ici -
titulaire du
compte bancaire :

Date de la
signature : _____ 20____
 JJ/MM AA

2. Quelqu'un autre que le demandeur ou son(sa) conjoint(e) paiera les primes. Veuillez lui faire joindre **un chèque portant la mention « annulé » ou un formulaire d'autorisation de prélèvement automatique/dépôt direct de son institution financière**, et remplir les renseignements ci-dessous:

Prénom : _____ Nom de famille : _____

Adresse postale : _____

Ville/village : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Autre numéro (p. ex. cellulaire) : _____

X Signez ici -
titulaire du
compte bancaire :

Date de la
signature : _____ 20____
 JJ/MM AA

SECTION 5 - Déclaration, autorisation et obligations (obligatoire)

En signant cette demande d'adhésion, je confirme que :

Je présente une demande d'adhésion au Régime médicaments du Nouveau-Brunswick, et je fournis dans le présent formulaire des renseignements à cette fin.

Je comprends que je peux retirer ma demande et annuler ma couverture en tout temps.

Les renseignements fournis dans la présente demande sont, à ma connaissance, exacts. Je comprends que transmettre des renseignements faux ou incomplets constitue une infraction.

J'autorise le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick à recueillir des renseignements auprès de l'Assurance-maladie et d'autres sources afin de vérifier l'information sur ce formulaire et l'admissibilité au Régime médicaments du Nouveau-Brunswick.

Je consens à informer le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick de tout changement pouvant avoir des répercussions sur ma couverture.

Je comprends que les renseignements personnels que je fournis ainsi que tous les renseignements personnels actuellement en la possession du Régime ou susceptibles d'être collectés à l'avenir pourront être recueillis, utilisés ou communiqués aux fins d'application des modalités du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick.

J'autorise le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick à recueillir, à utiliser et à divulguer mes renseignements personnels en vertu des conditions énoncées ci-dessus, aussi longtemps que je serai couvert par le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick.

Je comprends que je peux révoquer mon consentement à tout moment. Dans certains cas, la révocation de mon consentement peut mettre le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick dans l'impossibilité de me fournir la couverture ou les services assurés demandés.

Je comprends que je dois payer une prime tous les mois pour avoir droit aux services assurés et que si je ne paie pas les primes en entier, les services assurés ne seront pas remboursés et la couverture sera suspendue ou annulée.

Je comprends que l'omission de payer les primes ne signifie pas que j'ai annulé ma couverture en vertu du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick et que je dois communiquer avec l'administrateur afin de le faire. Je comprends que des mesures seront prises pour recouvrer toute prime due.

La signature de votre conjoint(e) et de toutes les personnes à charge de plus de 16 ans énumérées est requise même s'ils ne demandent pas la couverture.

Nom du demandeur : _____

X Signez ici -
demandeur :

Date de la
signature : _____ 20____
JJ/MM AA

Nom de votre conjoint(e) : _____

X Signez ici -
conjoint(e) :

Date de la
signature : _____ 20____
JJ/MM AA

* Nom de la personne à charge (16 ans ou plus) : _____

X Signez ici -
personne à charge :

Date de la
signature : _____ 20____
JJ/MM AA

* Nom de la personne à charge (16 ans ou plus) : _____

X Signez ici -
personne à charge :

Date de la
signature : _____ 20____
JJ/MM AA

* Un parent ou un tuteur peut signer au nom de la personne à charge si :

- la personne à charge est âgée entre 16 et 18 ans (inclusivement) et n'a pas la capacité de signer la déclaration personnelle et l'autorisation; ou
- la personne à charge est âgée de 19 ans ou plus et n'a pas la capacité de signer la déclaration personnelle et l'autorisation, ou a donné l'autorité légale à une autre personne d'agir en son nom. Veuillez joindre une copie de la procuration pour soins personnels.

Ces renseignements sont recueillis en vertu de la *Loi sur l'assurance médicaments sur ordonnance et médicaments onéreux* (LN-B 2014, ch 4, art 12 et art 13). Ils seront utilisés et divulgués aux fins de l'administration du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick. Ils peuvent être utilisés et divulgués conformément à la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé*, LN-B 2009, c P-7.05. Pour obtenir de plus amples renseignements concernant la collecte et l'utilisation de renseignements personnels, visitez le site Web www.gnb.ca/santevieprivee, ou communiquez avec le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick à l'adresse ou au numéro de téléphone indiqués à la page 1 de ce formulaire.



SOINS DE SANTÉ
POUR LES AÎNÉS



644, RUE MAIN
CP 220
MONCTON NB
E1C 8L3

DEMANDE D'ADHÉSION

N° sans frais : 1-800-332-3692
Télécopieur : 1-888-455-8322

VEUILLEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS.

Nom : _____

Adresse : _____

_____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Date de naissance : _____

JJ/MM/AAAA

N° d'assurance-maladie : _____

N° d'assurance sociale : _____

Je désire recevoir ma correspondance en: français anglais

Êtes-vous actuellement couvert par un régime d'assurance médicaments ou avez-vous récemment été couvert par un tel régime? oui non

Dans l'affirmative, date d'expiration de ce régime : _____

JJ/MM/AAAA

Veillez indiquer à quel moment vous souhaitez que votre couverture commence :

- Le mois de votre 65^e anniversaire
- Le mois suivant votre 65^e anniversaire
- Le mois suivant la cessation de votre couverture actuelle/précédente
- *Autre. Précisez : _____

*Un questionnaire médical dûment rempli est exigé.

TAUX DE COUVERTURE DES MÉDICAMENTS

135,00 \$ par mois Plan de médicaments sur ordonnance de Croix Bleue Medavie à l'intention des aînés

15 \$ quote-part par ordonnance

ENTENTE ET CONSENTEMENT

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 pour me recommander des produits et des services et pour gérer les affaires de Croix Bleue. 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 en vertu de la police dont je suis un membre 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, 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 site cbmedavie.ca ou appeler au 1-888-919-7378.

Signature _____ Date de la signature _____

JJ/MM/AAAA

MODALITÉS DE PAIEMENT

Prélèvements automatiques mensuels : Veuillez remplir l'entente suivante relative aux prélèvements automatiques (signez, datez et joignez un chèque annulé).

J'autorise Croix Bleue Medavie et l'institution financière désignée (ou toute autre institution financière que je pourrais autoriser en tout temps) à commencer le prélèvement, selon mes 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 le premier jour ouvrable de chaque mois. *Croix Bleue Medavie ne donnera pas de préavis chaque mois, mais donnera un préavis de 30 jours si la déduction est susceptible de changer.* Croix Bleue Medavie obtiendra mon autorisation pour d'autres prélèvements uniques ou sporadiques. Croix Bleue Medavie exige un avis écrit pour les changements apportés aux renseignements bancaires.

Cette autorisation demeure valide jusqu'à ce que Croix Bleue Medavie reçoive un avis écrit de ma 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 Régime de soins de santé pour les aînés de Croix Bleue Medavie. Je peux obtenir un spécimen de formulaire d'annulation ou plus de renseignements sur mon droit d'annuler l'entente relative aux prélèvements automatiques auprès de mon institution financière ou en visitant le www.paiements.ca.

J'ai certains droits de recours advenant qu'un prélèvement ne soit pas conforme à cette entente. Par exemple, j'ai 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 droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter le www.paiements.ca.

RENSEIGNEMENTS BANCAIRES : veuillez **joindre un chèque portant la mention « annulé » ou un formulaire d'autorisation de prélèvement automatique/dépôt direct de votre institution financière**, et signer ci-dessous. Veuillez joindre le chèque annulé à une feuille séparée.

Signature du titulaire du compte bancaire : _____ Date de la signature : _____
JJ/MM/AAAA

Si c'est quelqu'un d'autre que le demandeur ou son(sa) conjoint(e) qui paiera les primes, veuillez lui faire **joindre un chèque portant la mention « annulé » ou un formulaire d'autorisation de prélèvement automatique/dépôt direct de son institution financière**, et remplir les renseignements ci-dessous :

Nom de famille : _____ Prénom : _____ Initiale : _____

Adresse (numéro et rue) : _____ App. : _____

Ville/village : _____ Province : _____ Code postal : _____

Numéro de téléphone : _____ Autre numéro (p. ex. cellulaire) : _____

Signature du titulaire du compte bancaire : _____ Date de la signature : _____
JJ/MM/AAAA


VEUILLEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS.

Nom : _____

Adresse : _____

_____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

 N° d'assurance-maladie : _____ Date de naissance : / / JJ/MM/AA

 Je désire recevoir ma correspondance en : français anglais Sexe : homme femme

CHOIX DE LA PROTECTION - Veuillez consulter la brochure intitulée *Programme de soins de santé pour les aînés de Croix Bleue Medavie* pour obtenir une description détaillée des services assurés. Les montants figurant ci-dessous sont les taux mensuels.

Des délais d'admission s'appliquent pour les garanties Soins dentaires et Hospitalisation. Il pourrait aussi y avoir un délai d'admission d'un an pour certaines garanties Soins de santé si vous ne faites pas une demande d'adhésion dans les 60 jours suivant votre 65^e anniversaire.

Veillez cocher toutes les garanties que vous souhaitez ajouter au régime.

COUVERTURE POUR SOINS DE SANTÉ

Les options suivantes n'incluent pas la couverture des médicaments sur ordonnance.

- 14,00 \$ Régime de base de soins de santé
- 24,00 \$ Régime amélioré de soins de santé (comprend tous les services assurés par le Régime de base de soins de santé)
- 31,50 \$ Régime hospitalisation - Remboursement
- 40,28 \$ Régime individuel de soins dentaires (facturé séparément)

Avez-vous récemment été couvert(e) par un autre régime de soins de santé complémentaires, par exemple pour les soins de la vue ou la physiothérapie? oui non

Étiez-vous couvert en vertu d'une garantie soins dentaires au cours des trois derniers mois? oui non

Dans l'affirmative, date d'expiration de ce régime : _____ JJ/MM/AA

Votre couverture entre en vigueur le premier jour du mois de votre 65^e anniversaire, sauf si vous êtes un adhérent tardif ou si vous avez demandé une date d'effet différente.

Date de prise d'effet demandée : Veuillez commencer la protection le 1^{er} (mois/année) Mois/Année

ENTENTE ET CONSENTEMENT

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 pour me recommander des produits et des services et pour gérer les affaires de Croix Bleue. 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 en vertu de la police dont je suis un membre 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, 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 site cbmedavie.ca ou appeler au 1-888-919-7378.

 Signature _____ Date / / JJ/MM/AA

MODALITÉS DE PAIEMENT

- Prélèvements automatiques mensuels** : Veuillez remplir l'entente suivante relative aux prélèvements automatiques (signez, datez et joignez un chèque annulé)

J'autorise Croix Bleue Medavie et l'institution financière désignée (ou toute autre institution financière que je pourrais autoriser en tout temps) à commencer le prélèvement, selon mes 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 le premier jour ouvrable de chaque mois. *Croix Bleue Medavie ne donnera pas de préavis chaque mois, mais donnera un préavis de 30 jours si la déduction est susceptible de changer.* Croix Bleue Medavie obtiendra mon autorisation pour d'autres prélèvements uniques ou sporadiques. Croix Bleue Medavie exige un avis écrit pour les changements apportés aux renseignements bancaires.

Cette autorisation demeure valide jusqu'à ce que Croix Bleue Medavie reçoive un avis écrit de ma 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 Régime de soins de santé pour les aînés de Croix Bleue Medavie. Je peux obtenir un spécimen de formulaire d'annulation ou plus de renseignements sur mon droit d'annuler l'entente relative aux prélèvements automatiques auprès de mon institution financière ou en visitant le www.paiements.ca.

J'ai certains droits de recours advenant qu'un prélèvement ne soit pas conforme à cette entente. Par exemple, j'ai 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 droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter le www.paiements.ca.

Signature autorisée : _____

DATE : _____ JJ/MM/AA Type de service : Personnel Affaires

Veuillez joindre un chèque annulé au formulaire (paiements par carte de crédit non acceptés)
(CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Institution financière (IF) : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Numéro transitaire de l'IF :

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

 ;

--	--	--	--

 (succursale-5 chiffres ; IF-3 chiffres)

Numéro de compte de l'IF :

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

Souhaitez-vous que le remboursement de vos demandes de règlement soit déposé automatiquement dans le même compte? Oui Non

Si quelqu'un d'autre que le propriétaire de la police paiera les primes, veuillez indiquer ses renseignements bancaires ci-dessus et inscrire ses renseignements personnels ci-dessous :

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Numéro de téléphone : (travail) _____ - _____ (domicile) _____ - _____

ESPACE RÉSERVÉ À L'USAGE DU BUREAU

En ma qualité d'agent représentant de Croix Bleue Medavie, je déclare avoir mentionné au demandeur l'importance de divulguer de façon complète et exacte les faits relatifs à la présente demande de protection et de l'avoir informé qu'advenant une déclaration inexacte ou une omission, Croix Bleue Medavie pourrait avoir le droit d'annuler le contrat d'assurance et de refuser de verser des prestations payables en application de la police. J'ai indiqué la ou les compagnies que je représente ainsi que tout conflit d'intérêt que ces dernières pourraient avoir avec cette transaction. J'ai aussi indiqué qu'il est possible que je reçoive un salaire, des commissions ou autres formes de rémunération pour la vente de produits d'assurance des compagnies en question.

Nom de l'agent : _____ N° de l'agent : _____

Numéro de téléphone : _____ Numéro de télécopieur : _____

Adresse de courriel : _____

Signature de l'agent : _____