

LE FORMULAIRE PEUT ÊTRE REMPLI POUR LES ADHÉRENTS ADMISSIBLES QUI ONT SÉJOURNÉ DANS UN HÔPITAL AU CANADA EN TANT QUE PATIENTS ADMIS POUR RECEVOIR UN TRAITEMENT ACTIF PENDANT QU'ILS ÉTAIENT ASSURÉS.

CODE DE GARANTIE  
O188

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

**RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT - À l'usage de l'adhérent ou du patient**

Numéro d'ID : \_\_\_\_\_ Numéro de police : \_\_\_\_\_ Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_  
Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone (résidence) : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone (bureau) : \_\_\_\_\_  
Votre adresse postale a-t-elle changé depuis votre dernière demande de règlement?  Oui  Non  
Si oui, la signature de l'adhérent est requise pour validation : \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT - À l'usage de l'adhérent ou du patient**

Nom du patient : \_\_\_\_\_ Si la personne à charge est âgée de plus de 21 ans :  
 Spéciale  Étudiant(e) à temps plein  
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_ S'il s'agit d'un étudiant, nom de l'établissement scolaire : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Lien avec l'adhérent :  Lui-même  Conjoint  Enfant à charge Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

**DÉCLARATION DE L'ADHÉRENT**

Je comprends que les renseignements personnels fournis dans le présent formulaire ainsi que tous les autres renseignements personnels déjà détenus ou recueillis à l'avenir par Croix Bleue Medavie ou la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada (Croix Bleue Vie) peuvent être recueillis, utilisés ou communiqués pour administrer les modalités de ma police ou de la police d'assurance collective à laquelle j'adhère, pour me recommander des produits et des services et pour gérer les affaires de Croix Bleue Medavie ou Croix Bleue Vie. Selon le type de couverture 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 Medavie ou Croix Bleue Vie, les professionnels de la santé ou les établissements de santé, les fournisseurs d'assurance vie ou de régime de soins de santé, le gouvernement et les autorités de réglementation, l'adhérent de tout contrat en vertu duquel je suis assuré, ainsi que d'autres tierces parties, lorsque nécessaires, pour administrer les produits et services assurés en vertu de la police 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, Croix Bleue Medavie ou Croix Bleue Vie pourrait ne pas être en mesure de me fournir la couverture ou les prestations demandées. Je comprends la raison pour laquelle mes renseignements personnels sont requis et je suis conscient des risques et des avantages d'accepter ou de refuser qu'ils soient divulgués.

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

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
(Si le patient a moins de 18 ans, la signature de l'adhérent est requise.)

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 ou Croix Bleue Vie en matière de protection des renseignements personnels, veuillez visiter le [www.cbmedavie.ca](http://www.cbmedavie.ca) ou téléphoner au 1-800-667-4511.

**DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (Les frais exigés pour remplir le présent formulaire sont à la charge du patient.)**

Date d'hospitalisation\* : \_\_\_\_\_ Date de sortie\* : \_\_\_\_\_  
Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Raison de l'hospitalisation :  accident  maladie  grossesse  
Le patient recevait-il un traitement actif?  Oui  Non  
Dans l'affirmative, indiquer la période du traitement actif : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
Diagnostic : \_\_\_\_\_  
Quand le patient a-t-il montré les premiers symptômes associés à ce diagnostic? (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_  
**\*Veuillez joindre une copie du rapport de résumé de congé pour les dates d'admission et de congé indiquées ci-dessus.**  
Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_  
(veuillez écrire en caractères d'imprimerie)  
Signature du médecin : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**DIRECTIVES DE SOUMISSION**

Veuillez soumettre votre formulaire dûment rempli directement à belairdirect, votre administrateur du régime. Vous pouvez soumettre votre formulaire par :

**Poste :**  
belairdirect À l'attention : Linda MacKenzie  
Bureau 200 - 20, Hector Gate, Dartmouth, Nouvelle-Écosse, B3B 0K3

**Courriel :**  
[GroupBenefitsNS@belairdirect.com](mailto:GroupBenefitsNS@belairdirect.com)  
À l'attention : Linda MacKenzie