



APPLICATION FOR GROUP BENEFITS (HEALTH & DENTAL)

644 MAIN ST PO BOX 220 MONCTON NB E1C 8L3
 7 SPECTACLE LAKE DR DARTMOUTH PO BOX 2200 HALIFAX NS B3J 3C6
 FOR ALL INQUIRIES: TEL 1-800-667-4511 FAX (506) 867-4651

IDENTIFICATION NUMBER: _____

Instructions

- 1 Please print all information in ink.
- 2 Employer to forward original and keep second copy.
- 3) Dependent status: E - Education, if dependent child is attending an accredited school, college or university
 S - Special, if dependent child is physically or mentally disabled

If you now have Medavie Blue Cross Benefits - Please indicate		Application for Benefits		
Policy Number	Identification Number	Coverage Applied For :	Basic Coverage Applied For:	Language Preference
		<input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Family	<input type="checkbox"/> Health <input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> French

TO BE COMPLETED BY APPLICANT

51 Last Name Address Street & No. City or Town Province Postal Code Telephone Number ()	52 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="7" style="text-align: center;">Individual Registration</th> </tr> <tr> <th style="width: 15%;">First Name</th> <th style="width: 5%;">Initial</th> <th style="width: 25%;">Surname (If different from applicant) *</th> <th style="width: 5%;">Sex</th> <th colspan="3" style="width: 20%;">Birth Date</th> <th style="width: 10%;">Dep. Status</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>M/F</td> <td>DD</td> <td>MM</td> <td>YY</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Employee</td> <td>00</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>E - Student (College/ University)</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Spouse</td> <td>01</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>S - Disabled</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Children</td> <td>02</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td>03</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td>04</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td>05</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>* IF APPLICANT AND SPOUSE ARE NOT LEGALLY MARRIED, PLEASE PROVIDE COMMENCEMENT DATE OF CO-HABITATION. _____</p>	Individual Registration							First Name	Initial	Surname (If different from applicant) *	Sex	Birth Date			Dep. Status				M/F	DD	MM	YY		Employee			00				E - Student (College/ University)	Spouse			01				S - Disabled	Children			02								03								04								05				
Individual Registration																																																																								
First Name	Initial	Surname (If different from applicant) *	Sex	Birth Date			Dep. Status																																																																	
			M/F	DD	MM	YY																																																																		
Employee			00				E - Student (College/ University)																																																																	
Spouse			01				S - Disabled																																																																	
Children			02																																																																					
			03																																																																					
			04																																																																					
			05																																																																					

COORDINATION OF BENEFITS

Do you or any of your dependents have other coverage under any other Insurer? Yes No **If Yes, complete the following:**

Name of the Other Insurer: _____ Effective Date of Coverage: _____

Identification Number/Certificate Number: _____ Policy Number: _____

Is the Coordination of Benefits Single Coverage or Family Coverage? Please indicate under "Type of Coverage" S for Single or F for Family for the applicable benefits.

Type of Coverage: All _____ Hospital _____ Extended Health Benefits _____ Vision _____ Drugs _____ Dental _____

WAIVER OF BENEFITS -I have been given the opportunity to apply for coverage but do not wish to participate, and understand that I will not be able to enrol in these plans at a later date without the mutual consent of my employer and Medavie Blue Cross.

Waive Only _____ Reason _____

Waive all Benefits _____

Employee Signature _____ Date _____

I certify that all information contained hereon is correct and hereby authorize payroll deductions, if required. I authorize Blue Cross to collect, use and disclose my personal information as described on the reverse.

Employee Signature _____ Date _____

TO BE COMPLETED BY EMPLOYER

70 Name of Employer			Policy and Section Number			Class of Coverage - Health and/or Dental		
Occupation			Coverage Effective Date			DD	MM	YY
<input type="checkbox"/> Permanent Date Employed DD MM YY		Hours Worked / Week	<input type="checkbox"/> Payroll No. (maximum 9 positions)		Completed for Employer by Signature _____ Date _____			
			1 _____ 2 _____					

PRIVACY STATEMENT

I understand that the personal information provided herein, as well as any other personal information currently held or collected in the future by Medavie Blue Cross and/or Blue Cross Life Insurance Company of Canada, may be collected, used, or disclosed to administer the terms of my policy or the group policy of which I am an eligible member, to recommend suitable products and services to me*, and to manage Blue Cross's business. Depending on the type of coverage I carry, limited personal information may be collected from and/or released to a third party. These third parties include other Blue Cross organizations, health care professionals or institutions, life and health insurers, government and regulatory authorities, and other third parties when required to administer and manage the benefits outlined in the policy of which I am an eligible member.

I understand that my personal information will be kept confidential and secure.

I understand that I may revoke my consent at any time, however, in some instances doing so may prevent Blue Cross from providing me with the requested coverage or benefits. I understand why my personal information is needed and I am aware of the risks and benefits of consenting or refusing to consent to its disclosure.

A photocopy of this authorization shall be as valid as the original. This consent complies with federal and provincial privacy laws. For additional information regarding privacy policies at Medavie Blue Cross, visit www.medavie.bluecross.ca or call 1-800-667-4511.

*not applicable in Ontario or Quebec

644 RUE MAIN CP 220 MONCTON NB E1C 8L3
7 PROM. SPECTACLE LAKE - DARTMOUTH CP 2200 HALIFAX NS B3J 3C6
POUR INFORMATION : TÉL 1 800 667-4511 TÉLÉCOPIEUR : (506) 867-4651

NUMÉRO D'IDENTIFICATION : _____

Instructions

- 1) Prière d'inscrire tous les renseignements à l'encre, en caractères d'imprimerie.
2) L'employeur doit envoyer l'original et garder la deuxième copie.
3) Statut de personne à charge : E - Étudiant, si la personne à charge étudie dans une école reconnue, un collège ou une université.
S - Spécial, si la personne souffre d'une incapacité physique ou mentale.

Si vous êtes déjà couvert au titre d'un régime de Croix Bleue Medavie, prière de l'indiquer.		Demande d'adhésion	
Numéro de la police	Numéro d'identification	Protection demandée : <input type="checkbox"/> individuelle <input type="checkbox"/> familiale	Garanties de base demandées : <input type="checkbox"/> santé <input type="checkbox"/> dentaire Langue de correspondance : <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais

À ÊTRE REMPLIE PAR LE DEMANDEUR

<p>51</p> <p>Nom de famille</p> <p>Adresse du demandeur (rue et n°)</p> <p>Ville ou village</p> <p>Province</p> <p>Code postal</p> <p>N° de téléphone ()</p>	<p>52</p> <p style="text-align: center;">Inscription individuelle</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Prénom</th> <th rowspan="2">Initiale</th> <th rowspan="2">Nom de famille (s'il diffère de celui du demandeur) *</th> <th rowspan="2">Sexe H/F</th> <th colspan="3">Date de naissance</th> <th rowspan="2">Statut de personne à charge</th> </tr> <tr> <th>JJ</th> <th>MM</th> <th>AA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">Demandeur</td> <td>00</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td rowspan="5">E - Étudiant (Collège/ Université) S - Spécial</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Conjoint(e)</td> <td>01</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Enfants</td> <td>02</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td>03</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td>04</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td>05</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>* SI LE DEMANDEUR ET LE (LA) CONJOINT(E) NE SONT PAS MARIÉS LÉGALEMENT, VEUILLEZ INDIQUER LA DATE DU DÉBUT DE LA COHABITATION _____</p>	Prénom	Initiale	Nom de famille (s'il diffère de celui du demandeur) *	Sexe H/F	Date de naissance			Statut de personne à charge	JJ	MM	AA	Demandeur			00				E - Étudiant (Collège/ Université) S - Spécial	Conjoint(e)			01				Enfants			02							03							04							05				
Prénom	Initiale					Nom de famille (s'il diffère de celui du demandeur) *	Sexe H/F	Date de naissance			Statut de personne à charge																																													
		JJ	MM	AA																																																				
Demandeur			00				E - Étudiant (Collège/ Université) S - Spécial																																																	
Conjoint(e)			01																																																					
Enfants			02																																																					
			03																																																					
			04																																																					
			05																																																					

COORDINATION DES PRESTATIONS

Vous ou la (les) personne(s) à votre charge êtes-vous assuré(s) par un autre assureur? Oui Non **Si la réponse est oui, précisez :**

Nom de l'autre assureur : _____ Date d'effet de la protection : _____

N° d'identification / de certificat : _____ N° de police : _____

La coordination s'applique-t-elle à une protection pour personne seule ou pour une famille? Veuillez indiquer le type de protection par un S (personne seule) ou par un F (famille), selon les garanties.

Type de protection : Tous _____ Hôpital _____ SSC* _____ Soins de la vue _____ Médicaments _____ Soins dentaires _____
*Soins de santé complémentaires

RENONCIATION AUX GARANTIES - On m'a donné l'occasion de présenter une demande d'adhésion mais je ne désire pas la protection. Je comprends que je ne pourrai pas m'inscrire à ces régimes à une date ultérieure sans l'autorisation de mon employeur et de Croix Bleue Medavie.

Renonce seulement à _____ Raison _____

Renonce à toutes les garanties _____

Signature de l'employé(e) _____ Date _____

Je déclare que les renseignements figurant ci-dessus sont exacts et j'autorise les retenues salariales, s'il y a lieu. J'autorise la Croix Bleue à recueillir, à utiliser et à divulguer mes renseignements personnels tel qu'il est décrit au verso.

Signature de l'employé(e) _____ Date _____

À ÊTRE REMPLIE PAR L'EMPLOYEUR

70		Nom de l'employeur	Numéro de police et de section	Catégorie de protection - soins de santé et/ou soins dentaires
Emploi			Date d'effet de la protection	
		JJ	MM	AA
● Entrée en fonction emploi permanent		● N° de feuille de paie (maximum 9 chiffres)		Remplie pour l'employeur par
JJ MM AA		1 _____		
		2 _____		
			Signature _____ Date _____	

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 membre admissible, pour me recommander des produits et des services* et pour gérer les affaires de la 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 collective 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, 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.

* Ne s'applique pas en Ontario ni au Québec.