

# éléments

## ÉTAPES FACILES pour une couverture immédiate!

Nous rendons le processus facile à obtenir un plan d'assurance maladie et médicaments pour vous et votre famille.

1

**Télécharger**  
la proposition



2

**Compléter et signer**  
la proposition



3

**Envoyer**  
la proposition



**Courriel**

[bluecross@optimalquotes.ca](mailto:bluecross@optimalquotes.ca)

**Fax**

1 (888) 450 4950

**Courrier**

425 rue Notre-Dame,  
Dieppe NB E1A 9G4

Questions sur la couverture? Contacter l'un de nos agents autorisés Croix Bleue directement au **1.888.506.1125**. Nous serons en mesure de vous aider avec le processus de demande ou si vous désirez simplement obtenir plus d'information sur vos options.

**PARTIE I – RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX**

Écrire en caractères d'imprimerie ou dactylographier.

**RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR**

Nom de famille du demandeur (le demandeur doit avoir au moins 16 ans) : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Langue de communication :  Français  Anglais Occupation : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Adresse (numéro et rue) : \_\_\_\_\_

Ville ou village : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

N° de téléphone : [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
À DOMICILE AU BUREAU TÉL. CELLULAIRE

Quel moyen de communication préférez-vous?  Courriel  Poste

Dans quel format souhaitez-vous recevoir votre contrat d'assurance?  Électronique  Papier

**COUVERTURE**

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <p><b>Vous devez choisir l'une des couvertures suivantes :</b></p> <p><input type="radio"/> <b>Soins de santé Entrée, à 60 %</b><br/>                 - Professionnels de la santé 250 \$/année<br/>                 - Soins de la vue 100 \$/2 ans</p> <p style="text-align: center;"><b>OU</b></p> <p><input type="radio"/> <b>Soins de santé Essentiel, à 70 %</b><br/>                 - Professionnels de la santé 400 \$/année<br/>                 - Soins de la vue 150 \$/2 ans<br/>                 - Inclut plus de garanties et des maximums plus élevés</p> <p style="text-align: center;"><b>OU</b></p> <p><input type="radio"/> <b>Soins de santé Étendu, à 80 %</b><br/>                 - Professionnels de la santé 500 \$/année<br/>                 - Soins de la vue 300 \$/2 ans<br/>                 - Maximums plus élevés et inclut :<br/>                 - Chambre à deux lits et voyage - 30 jours (la garantie Voyage est facultative à partir de 65 ans)</p> <p>Si vous avez 65 ans :<br/> <input type="radio"/> avec voyage <input type="radio"/> sans voyage</p> | <p><b>Vous pouvez ajouter des garanties à votre couverture</b></p> <p><input type="radio"/> <b>Médicaments sur ordonnance Essentiel, à 70 %</b><br/>                 - Couverture à 100 % après 4 500 \$ en demandes de règlement (aucun maximum global)</p> <p style="text-align: center;"><b>OU</b></p> <p><input type="radio"/> <b>Médicaments sur ordonnance Étendu, à 80 %</b><br/>                 - Couverture à 100 % après 4 500 \$ en demandes de règlement (aucun maximum global)<br/>                 - Médicaments contre la stérilité : 1500 \$ par année jusqu'à 3 000 \$ à vie<br/>                 - Couverture supplémentaire pour les médicaments sur ordonnance</p> | <p><input type="radio"/> <b>Soins dentaires Entrée, à 60 %</b><br/>                 - Examen, nettoyage et plombages, maximum de 500 \$/année</p> <p style="text-align: center;"><b>OU</b></p> <p><input type="radio"/> <b>Soins dentaires Essentiel, à 70 %</b><br/>                 - Examen, nettoyage et plombages<br/>                 - Extractions et traitements de canal<br/>                 Aucun maximum global</p> <p style="text-align: center;"><b>OU</b></p> <p><input type="radio"/> <b>Soins dentaires Étendu, à 80 %</b><br/>                 - Examen, nettoyage et plombages<br/>                 Aucun maximum global<br/>                 - Extractions et traitements de canal<br/>                 - Soins parodontaux, soins majeurs et orthodontie, couverture à 60 % (des maximums s'appliquent)</p> | <p><input type="radio"/> <b>Maladies graves</b><br/>                 - Donne un montant en argent en cas de maladie imprévue (16 maladies)<br/>                 - 25 000 \$ pour l'adhérent ou le conjoint<br/>                 - 10 000 \$ pour les personnes à charge</p> <p><input type="radio"/> <b>Hospitalisation au comptant</b><br/>                 - 100 \$ par jour d'hospitalisation</p> <p><input type="radio"/> <b>Accès assuré</b><br/>                 - Accès assuré vous permet de mettre votre couverture en attente si vous souscrivez à un régime collectif de soins de santé.</p> <p><input type="radio"/> <b>Assurance vie temporaire préautorisée</b><br/>                 - Autorisé automatiquement si âgé de 45 ans et moins et correspond aux critères médicaux</p> |
|--|---|--|---|

**Date de prise d'effet demandée :** Veuillez commencer la protection le 1<sup>er</sup> (mois/année) : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà été ou êtes-vous actuellement couvert(e) en vertu d'un régime de Croix Bleue Medavie?  Oui  Non **Si oui, indiquez :**

N° d'ID : \_\_\_\_\_ N° de police : \_\_\_\_\_

Cette demande vient-elle remplacer votre police de Croix Bleue Medavie actuelle?  Oui  Non

| Prénom     | Nom de famille | Sexe<br>H / F | Date de naissance<br>JJ MM AA | Veuillez (✓) si vous ou votre personne à charge ne VOULEZ PAS ces garanties<br>Médicaments sur ordonnance Soins dentaires |     | Étudiant à temps plein | Taille<br>cm/pouce | Poids<br>lbs/kg | Fumeur? | Enceinte? |
|------------|----------------|---------------|-------------------------------|---|-----|------------------------|--------------------|-----------------|---------|-----------|
| Demandeur  | 00             |               |                               |   | S/O |                        |                    |                 | Oui/Non | Oui/Non   |
| Conjoint** | 01             |               |                               |   | S/O |                        |                    |                 | Oui/Non | Oui/Non   |
| Enfant     | 02             |               |                               |   |     |                        |                    |                 | Oui/Non | Oui/Non   |
| Enfant     | 03             |               |                               |   |     |                        |                    |                 | Oui/Non | Oui/Non   |
| Enfant     | 04             |               |                               |   |     |                        |                    |                 | Oui/Non | Oui/Non   |
| Enfant     | 05             |               |                               |   |     |                        |                    |                 | Oui/Non | Oui/Non   |

Si vous avez coché Oui à la question sur la grossesse, veuillez fournir la date d'accouchement prévue : \_\_\_\_\_

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

**PARTIE II – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX** Veuillez prendre le temps de lire attentivement les questions suivantes et d'y répondre. Si notre processus de vérification ultérieure détermine que les réponses aux questions ne représentaient pas une divulgation complète et entière de la vérité, la police pourrait être annulée sans préavis.

- Est-ce que vous-même et toutes les personnes à charge nommées dans la présente êtes actuellement couverts au titre du régime d'assurance-maladie d'une des provinces atlantiques (Assurance-maladie du N.-B., Medical Services Insurance (MSI) en N.-É. et à l'Î.-P.-É. ainsi que Medical Care Plan (MCP) à T.-N.) ?  Oui  Non Si non, expliquez : \_\_\_\_\_
- Est-ce que vous-même ou une personne à charge nommée dans la présente avez déjà consulté un médecin, été traité pour une des maladies suivantes ou en avez présenté les symptômes?
 

|   |   |
|---|---|
| A. Hypertension, accident cérébrovasculaire, crise cardiaque, maladie cardiaque, douleurs thoraciques ou angine? ..... <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non<br>B. Asthme, allergies ou autres problèmes respiratoires? ... <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non<br>C. Douleurs au dos, au cou ou au genou, aux muscles ou aux articulations, arthrite ou blessure? ..... <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non<br>D. Troubles de l'estomac, des intestins, du foie ou des reins? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non<br>E. Dépendance à l'alcool ou aux drogues? ..... <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non<br>F. SIDA ou infection à VIH? ..... <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non<br>G. Infections récurrentes ou cholestérol élevé? ..... <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non<br>H. Diabète, colite, maladie de Crohn, acné / rosacée / feux sauvage ou maladie de peau / affection cutanée ou ostéoporose.... <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | I. Dépression, anxiété ou autres maladies mentales, insomnie ou autres troubles du sommeil? ..... <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non<br>J. Maladie ou trouble du système reproductif ou infertilité ou symptômes liés aux hormones ou symptômes ménopausiques? ..... <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non<br>K. Cancer ou leucémie? ..... <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non<br>L. Maux de tête chroniques, épilepsie ou sclérose en plaques? ..... <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non<br>M. Au cours des deux dernières années, est-ce que l'une des personnes qui seront couvertes a été hospitalisée ..... <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
|---|---|
- Au cours des deux dernières années, est-ce que vous ou une personne à charge nommée dans la présente avez :
 

|   |   |
|---|---|
| A. reçu des traitements d'un chiropraticien, podiatre, physiothérapeute, psychologue, naturopathe, acupuncteur ou massothérapeute ? ..... <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non<br>B. utilisé des fournitures pour diabétiques ou pour stomisés, une machine Maxi-mist, de pression positive expiratoire continue (CPAP) ou de neurostimulation transcutanée (TENS) ? ..... <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | C. eu besoin de chaussures orthopédiques, de fournitures orthopédiques ou de supports plantaires? ..... <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non<br>D. eu besoin de services d'ambulance ou de soins infirmiers? ..... <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non<br>E. eu besoin de membres artificiels, de prothèses, d'orthèses, d'une marchette, d'un fauteuil roulant ou d'oxygène ? ..... <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
|---|---|

**Si vous avez répondu oui soit à la question 2 ou 3, ci-dessus, veuillez donner les détails ci-après**

| Nom de la personne | Maladie | Type et nombre de traitements | Date du premier traitement | Durée de traitement | Résultats du traitement / Degré de rétablissement |
|--------------------|---------|-------------------------------|----------------------------|---------------------|---|
|                    |         |                               |                            |                     |   |
|                    |         |                               |                            |                     |   |
|                    |         |                               |                            |                     |   |
|                    |         |                               |                            |                     |   |
|                    |         |                               |                            |                     |   |

- Est-ce que vous-même ou une personne à charge mentionnée prenez actuellement des médicaments sur ordonnance ou êtes en possession d'une ordonnance renouvelable ? (Veuillez inclure toutes les formes de médicaments, p. ex. par voie buccale, sérums, injections, gouttes, pommades et suppositoires)  Oui  Non Si oui, veuillez en donner les détails.

| Nom de la personne | Nom du médicament | Raison pour médicament | Concentration du médicament | Quantité prise |
|--------------------|-------------------|------------------------|-----------------------------|----------------|
|                    |                   |                        |                             |                |
|                    |                   |                        |                             |                |
|                    |                   |                        |                             |                |
|                    |                   |                        |                             |                |
|                    |                   |                        |                             |                |

- Est-ce que vous, ou une des personnes à charge nommées dans la présente, êtes dans l'attente d'une consultation, devez passer des examens ou des tests, devez subir des traitements ou une chirurgie non effectués ou à l'étude, ou êtes dans l'attente de résultats pour des examens ou des tests commencés mais qui ne sont pas encore complétés?  Oui  Non Si vous avez répondu Oui, veuillez donner le nom de la personne, le problème de santé visé, la date du rendez-vous et les autres renseignements pertinents.

- Est-ce que l'une des personnes visées par la demande de couverture a une incapacité mentale, un trouble psychiatrique ou une déficience physique?  Oui  Non Si vous avez répondu oui, veuillez indiquer le nom de la personne, la maladie, le type de traitement et tout autre détail pertinent.

- Au cours des trois dernières années, est-ce que votre permis de conduire ou celui d'une personne à charge a été suspendu ou révoqué, ou avez-vous
  - commis plus de trois infractions au code de la route
  - refusé de prendre le test de l'ivresse ou
  - conduit en état d'ébriété? Oui  Non Si oui, veuillez en donner les détails.

**PARTIE II – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX** Veuillez prendre le temps de lire attentivement les questions suivantes et d'y répondre. Si notre processus de vérification ultérieure détermine que les réponses aux questions ne représentaient pas une divulgation complète et entière de la vérité, la police pourrait être annulée sans préavis.

8. Au cours des cinq dernières années, vous ou l'une des personnes à votre charge avez-vous fait usage de narcotiques (ex. morphine ou héroïne), de substances contrôlées (ex. diazépam ou lorazépam), d'hallucinogènes (ex. LSD, marijuana) ou de stimulants (ex. amphétamines ou cocaïne), sauf sur ordonnance d'un médecin?  Oui  Non Si oui, veuillez en donner les détails.

| Nom de la personne | Genre | Quantité habituelle | Fréquence d'utilisation | Date de la dernière consommation |
|--------------------|-------|---------------------|-------------------------|----------------------------------|
|                    |       |                     |                         |                                  |

### ENTENTE ET CONSENTEMENT

Je consens (Nous consentons) à ce que toute maladie / blessure préexistante ou signes de maladies ou de blessures qui sont apparus à la date de soumission de la présente demande ou avant cette date ne soient pas assurés en vertu de la police émise suite à la présente demande. La découverte de faits que je connais (nous connaissons) ou que les personnes à ma (notre) charge admissibles connaissent et qui n'ont pas été divulgués dans la présente pourrait entraîner le refus de toute demande de règlement et l'annulation ou la modification de ma (notre) police. Je reconnais (Nous reconnaissons) en outre qu'il est de mon (notre) devoir d'informer Croix Bleue Medavie de tout changement à mon (notre) état de santé ou à la santé des personnes à ma (notre) charge entre la date de soumission de la demande et la date d'émission ou d'entrée en vigueur de la police, soit l'éventualité la plus récente. Croix Bleue Medavie se réserve le droit de recouvrer toute somme d'argent payée en mon (notre) nom ou au nom des personnes à ma (notre) charge admissibles par suite d'une déclaration incomplète, de fausse représentation ou d'omission de ma (notre) part sur la présente demande. Je consens (Nous consentons) à rembourser à Croix Bleue Medavie toute somme d'argent payée si on découvre que tous les faits n'avaient pas été divulgués sur la présente demande.

Je (Nous), le (les) soussigné(s), déclare (déclarons) que les réponses aux questions ci-dessus sont complètes et exactes et qu'elles font partie d'une demande de protection auprès de la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada ou de Croix Bleue Medavie. Les renseignements déjà fournis et recueillis à l'avenir dans le cadre d'une demande demeureront confidentiels et privés. Ces renseignements serviront à déterminer l'admissibilité à la protection, à administrer les modalités de ma (notre) police, à me (nous) recommander des produits et services et à gérer les affaires de la compagnie. J'autorise (Nous autorisons) tout médecin, tout professionnel de la santé, tout hôpital, toute clinique, toute pharmacie ou tout autre établissement médical ou connexe, toute compagnie d'assurance, le gouvernement ou les autorités de réglementation, ou autre organisme, établissement ou personne ayant des dossiers ou des renseignements sur moi (nous) ou ma (notre) santé à fournir lesdits renseignements à la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada, Croix Bleue Medavie, ou leur réassureur. J'autorise (Nous autorisons) aussi la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada et Croix Bleue Medavie à communiquer ces renseignements l'un à l'autre, à leur réassureur ou à toute tierce partie lorsque c'est nécessaire pour déterminer l'admissibilité. Des renseignements médicaux peuvent aussi être communiqués à mon (notre) médecin ou à tout autre médecin. Le présent énoncé de consentement est valide tant et aussi longtemps que le contrat est en vigueur, à moins que je ne l'annule (nous l'annulons) par écrit. Je comprends (Nous comprenons) que je peux (nous pouvons) annuler mon (notre) consentement en tout temps. Toutefois, si je refuse (nous refusons) de donner mon (notre) consentement ou si je l'annule (nous l'annulons), la protection peut m'être (nous être) refusée ou mon (notre) contrat peut être résilié. Je comprends (Nous comprenons) la raison pour laquelle mes (nos) renseignements personnels sont requis et je suis (nous sommes) conscient(s) des risques et des avantages d'accepter ou de refuser qu'ils soient divulgués. Si j'ai (nous avons) des questions sur la collecte, l'utilisation ou la communication de mes (nos) renseignements personnels, je peux (nous pouvons) communiquer avec Croix Bleue Medavie au 1-800-667-4511.

Vos renseignements personnels seront entreposés de façon sécuritaire à l'aide de systèmes d'information appartenant à Croix Bleue Medavie, ses agents ou ses fournisseurs de services, tant au Canada qu'à l'étranger. Tous les fournisseurs de service et les agents sont tenus par contrat de protéger la confidentialité de tous les renseignements personnels.

J'atteste (Nous attestons) qu'il n'y a pas de protection et que Croix Bleue Medavie n'est pas à risque à moins qu'un contrat entre en vigueur par suite de cette demande.

Le présent consentement est conforme aux lois fédérales et provinciales en matière de protection de la vie privée. (Une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'originale.)

Le \_\_\_\_\_ année \_\_\_\_\_.

SIGNATURE DU DEMANDEUR

SIGNATURE DU (DE LA) CONJOINT(E) (comme le définit la police)

### PRÉLÈVEMENTS AUTOMATIQUES

Nom du payeur : \_\_\_\_\_ N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville ou village : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

### INFORMATION SUR VOTRE COMPTE BANCAIRE - ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE.

**Veuillez joindre un chèque annulé au formulaire.**

Institution financière (IF) : \_\_\_\_\_ N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville ou village : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Numéro transitaire de l'IF : 

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

 (Succursale - 5 chiffres; IF - 3 chiffres) Numéro de compte de l'IF : 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Type de service :  Personnel  Affaires

J'autorise (Nous autorisons) Croix Bleue Medavie 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. Croix Bleue Medavie ne donnera pas de préavis, mais donnera un préavis de 30 jours si la déduction est susceptible de changer. Croix Bleue Medavie obtiendra mon (notre) 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 (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 Medavie. 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 [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.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 [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

Date : \_\_\_\_\_

Signature(s) du ou des titulaire(s) du compte : \_\_\_\_\_

### REÇU ÉMIS POUR LA PRIME

**Veuillez détacher cette partie et la donner au demandeur**

Croix Bleue Medavie reconnaît avoir reçu la somme de \_\_\_\_\_ \$ avec le formulaire de demande de protection-santé personnelle. Ce reçu prouve que la somme mentionnée ci-dessus a été reçue au nom de Croix Bleue Medavie; cependant, AUCUNE PROTECTION-SANTÉ N'EST ACCORDÉE DE FAÇON IMPLICITE OU EXPLICITE en contrepartie de l'acceptation de cette somme. Le demandeur reconnaît et accepte qu'AUCUNE PROTECTION-SANTÉ ne lui est accordée en contrepartie de l'acceptation de cette somme et que Croix Bleue Medavie assumera la couverture du risque seulement si ledit contrat entre en vigueur à la suite de la demande de protection.

