



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

**WEBSITE ACCESS
 APPLICATION FORM**
www.medavie.bluecross.ca

The following information is required to provide Medavie Blue Cross Group Administrators with security access to our private website. The use of the site requires: **1. Internet Access; 2. Internet Browser; and 3. E-Mail Address.**

Upon completion, the form must be signed by the authorized officer of the policyholder - the individual responsible for the overall administration of the Medavie Blue Cross contract(s). **Please fax the form to the Website Administration Team at (506) 867-4651** for processing. To access the Medavie Blue Cross Website, please refer to the "On The Web" flyer for instructions.

SECTION A: ACCESS INFORMATION

- Company Name: _____
- Please list the policy/contract number(s) for which you require access:

- Please indicate the type of access required:
 View Employee Information and submit requests for changes and enrolments
 View Employee Information ONLY
 View Contracts and Summary of Benefits

SECTION B: GROUP ADMINISTRATOR CONTACT INFORMATION

- Contact Name: _____
 (First Name) (Last Name)
- Please select a Login ID: _____
- Business E-mail Address: _____
- Business Mailing Address: _____

- Business Telephone Number: _____ What is your language preference?
 English French

The login ID must be a minimum of 5 characters and maximum of 10. A temporary password will be e-mailed to you.

SECTION C: CARDHOLDER SITE

A secure site is also available to Cardholders. Please indicate below the level of access to which your employees are entitled.

- Would you like your employees to have access to the Cardholder Site? (includes coverage information, generic claim forms, claims and payment history) yes no (if no, go to section D)
- Will you allow your employees to update their personal information? (name, address, phone number and e-mail address) yes no (if no, go to section D)
- Would you like to receive an e-mail copy of changes made by your employees via the Cardholder Site? yes no

SECTION D: AUTHORIZATION

To be completed by the authorized officer of the policyholder - the individual responsible for the overall administration of the Medavie Blue Cross contract(s).

I hereby authorize the individual identified in Section B to have access to the policy number(s) and functions as outlined in Section A. I also authorize Cardholders access as outlined in Section C.

Name (Please Print): _____ Title: _____
 Signature: _____ Date: _____

**PLEASE FAX TO THE WEBSITE ADMINISTRATION TEAM AT (506) 867-4651.
 GROUP ADMINISTRATOR WEB SITE ASSISTANCE PHONE 1-888-564-2155.
 IF YOU WOULD LIKE MORE EMPLOYEES TO HAVE ACCESS TO THE SITE, PLEASE PHOTOCOPY THIS FORM.**

Nous avons besoin des renseignements suivants pour fournir aux administrateurs de régimes collectifs de Croix Bleue Medavie un accès sécuritaire à notre site Web privé. Pour avoir accès au site, il faut avoir : **1) accès à l'Internet ; 2) un navigateur ; et 3) une adresse de courrier électronique.**

Lorsque le formulaire est rempli, il doit être signé par la personne qui est responsable de l'administration globale du ou des régimes de Croix Bleue Medavie. **Veillez retourner ce formulaire par télécopieur aux fins de traitement au (506) 867-4651, à l'attention de l'équipe d'administration du site Web.** Pour avoir accès au site Web de Croix Bleue Medavie, veuillez consulter le dépliant intitulé *Sur le Web !*

SECTION A : RENSEIGNEMENTS SUR L'ACCÈS

- Nom de l'entreprise : _____
- Veillez énumérer le ou les numéros de police auxquels vous voulez avoir accès.

- Veillez préciser le genre d'accès souhaité :
 Visualiser l'information sur les employés et soumettre des demandes de modifications et d'adhésion. Visualiser l'information sur les employés SEULEMENT.
 Visualiser les contrats et le Sommaire des garanties.

SECTION B : RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE-RESSOURCE

- Nom de la personne-ressource : _____
(Prénom) (Nom de famille)
- Choisissez l'ID. d'entrée : _____
Votre ID. d'entrée doit être constitué d'un minimum de 5 caractères et d'un maximum de 10. Un mot de passe temporaire vous sera envoyé par courriel.
- Adresse de courrier électronique au travail : _____
- Adresse postale au travail : _____
- Numéro de téléphone au travail : _____ Quelle langue de correspondance préférez-vous ?
 Français Anglais

SECTION C : SITE DES TITULAIRES DE POLICE

Un site sécuritaire est également mis à la disposition des titulaires de police. Veuillez indiquer ci-dessous le niveau d'accès auquel vos employés ont droit.

- Voulez-vous que vos employés aient accès au site des titulaires de police (y compris les renseignements sur la protection, les formulaires d'indemnisation génériques, les demandes de règlement et l'historique des paiements) ?
 oui non (si non, passez à la section D)
- Vos employés pourront-ils mettre à jour des renseignements personnels (nom, adresse, numéro de téléphone et adresse de courriel) ? oui non (si non, passez à la section D)
- Aimeriez-vous recevoir un courriel renfermant les changements apportés par vos employés sur le site Web des titulaires de police ? oui non

SECTION D : AUTORISATION

Réservé à l'agent autorisé du titulaire de police, soit la personne responsable de l'administration du ou des régimes de Croix Bleue Medavie.

J'autorise par la présente l'employé nommé à la section B à avoir accès au(x) numéro(s) de police(s) et aux fonctions précisées dans la section A. J'autorise en outre l'accès aux titulaires de police précisés dans la section C.

Nom (en caractères d'imprimerie) : _____ Fonction : _____
Signature : _____ Date : _____

**VEUILLEZ ENVOYER LE FORMULAIRE PAR TÉLÉCOPIEUR AU (506) 867-4651,
À L'ATTENTION DE L'ÉQUIPE D'ADMINISTRATION DU SITE WEB.
NUMÉRO D'ASSISTANCE POUR LE SITE WEB DES ADMINISTRATEURS DE RÉGIMES COLLECTIFS : 1 888 564-2155
SI VOUS SOUHAITEZ DONNER ACCÈS AU SITE À PLUS D'EMPLOYÉS, VEUILLEZ PHOTOCOPIER LE FORMULAIRE.**