



APPLICATION FOR GROUP BENEFITS (HEALTH, DENTAL, LIFE & DISABILITY INCOME)

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: _____

TO BE COMPLETED BY EMPLOYEE

51 Last Name		52 First Name		Sumame, if different from employee *	Sex M/F	Birth Date			Dependent Status
		Initial				DD	MM	YY	
Address - Street & No.		Employee			00				E - Student College/University S - Disabled
		Spouse			01				
		Children			02				
City or Town	Province				03				
					04				
Postal Code	Telephone				05				
()		* IF APPLICANT AND SPOUSE ARE NOT LEGALLY MARRIED, PLEASE PROVIDE COMMENCEMENT DATE OF CO-HABITATION _____							

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 _____

BASIC COVERAGES APPLIED FOR

Life AD & D Dependent Life Health Dental
 Weekly Indemnity Critical Conditions Long Term Disability

53 Health / Dental Coverage:

Language Preferred:

Single Family

English French

OPTIONAL LIFE (Complete Statement of Health form for coverage)

Employee Only Spouse Only Employee & Spouse

Employee Amount \$ _____ Spouse Amount \$ _____

OPTIONAL AD & D

Employee Only Employee & Family

Employee

Amount \$ _____

For Dependent Life, Critical Conditions, Optional Life and Optional AD & D, the employee is the beneficiary of the insured spouse and children.

BENEFICIARY'S LAST NAME	FIRST NAME	INITIAL	RELATIONSHIP	PERCENTAGE
1. _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____

For designated beneficiaries under the age of 18: I appoint _____ as Trustee to receive any amount due for any beneficiary considered a minor under the Provincial jurisdiction of residence.

WAIVER OF BENEFITS - I have been given the opportunity to apply for coverage but do not wish to participate. I 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 _____

I certify that the information above is accurate and authorize payroll deductions, if required. I authorize Blue Cross to collect, use and disclose my personal information as described in the Privacy Statement on the reverse of this form.

Employee Signature _____ Date _____

TO BE COMPLETED BY EMPLOYER

54 Name of Employer			Policy and Section Number			Class of Coverage -Health and/or Dental		
Employee Class - Life and/or Disability Income			Occupation			Coverage Effective Date DD MM YY		
●Permanent Date Employed	Complete for Life and Disability Income Benefits		●Hours Worked/Week	●Payroll No. (maximum 9 positions)		Completed for employer by		
	DD	MM		YY	1		Signature _____ Date _____	
	Earnings Per			2				
	<input type="checkbox"/> Hour <input type="checkbox"/> Month \$ _____							
	<input type="checkbox"/> Week <input type="checkbox"/> Year							

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

NUMÉRO D'IDENTIFICATION : _____

À ÊTRE REMPLIE PAR L'EMPLOYÉ(E)

51 Nom de famille		52 Prénom		Nom de famille, s'il diffère de celui de l'employé(e) *			Sexe H/F	Date de naissance JJ MM AA			Statut de personne à charge
Adresse - N° et rue		Employé(e)					00				E - étudiant(e) (Collège/ Université) S - Spécial
Ville ou Village		Conjoint(e)					01				
Province		Enfants					02				
Code postal							03				
Téléphone ()							04				
							05				

* SI LE DEMANDEUR ET LE (LA) CONJOINT(E) NE SONT PAS MARIÉS LÉGALEMENT, VEUILLEZ INDIQUER LA DATE DU DÉBUT DE LA COHABITATION. _____

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 _____ Soins de santé complémentaires _____ Soins de la vue _____ Médicaments _____ Soins dentaires _____

GARANTIES DE BASE DEMANDÉES

- Assurance-vie D et MA Santé
 Assurance-vie des personnes à charge Invalidité de courte durée Dentaire
 Invalidité de longue durée État très grave

53 Protection-santé / dentaire Je désire recevoir la correspondance en
 individuelle familiale français anglais

ASSURANCE-VIE FACULTATIVE (Remplir le formulaire Déclaration d'état de santé)

- employé(e) seulement conjoint(e) seulement employé(e) et conjoint(e)

Montant de l'employé(e) _____ \$ Montant du (de la) conjoint(e) _____ \$

D ET MA FACULTATIVE

- Employé(e) seulement Employé(e) et famille Montant de l'employé(e) _____ \$

Pour l'assurance-vie des personnes à charge, l'assurance en cas d'état très grave, l'assurance-vie facultative et la garantie facultative D et MA, l'employé(e) est bénéficiaire du (de la) conjoint(e) et des enfants assurés.

NOM DE FAMILLE DU BÉNÉFICIAIRE	PRÉNOM	INITIALE	LIEN DE PARENTÉ	POURCENTAGE
1. _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____

Pour les bénéficiaires désignés de moins de 18 ans : Je nomme _____ administrateur(trice) de tout montant à verser à un bénéficiaire considéré mineur dans sa province de résidence.

RENONCIATION AUX GARANTIES - On m'a offert l'occasion de présenter une demande d'adhésion au régime collectif mais je ne désire pas m'y inscrire. Je comprends qu'il sera impossible de m'y inscrire à une date ultérieure sans l'autorisation de mon employeur et de Croix Bleue Medavie.

- Renonce seulement à _____ Raison _____
 Renonce à toutes les garanties _____

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts et j'autorise les retenues salariales, au besoin. J'autorise la Croix Bleue à faire la collecte, l'utilisation et la divulgation de mes renseignements personnels, tel qu'il est indiqué dans l'énoncé sur la protection des renseignements personnels au verso du présent formulaire.

Signature de l'employé(e) _____ Date _____

À ÊTRE REMPLIE PAR L'EMPLOYEUR

54					
Nom de l'employeur			Numéro de police et de section		Catégorie de protection - santé et/ou dentaire
Classification d'employé - Assurance-vie ou invalidité			Emploi		Date d'effet de la protection JJ MM AA
●Date d'emploi permanent		Remplir pour assurance-vie et invalidité		●Heures de travail/semaine	
JJ	MM	AA	Salaire par		●Numéro de paie (maximum 9 chiffres)
			1		
			2		Remplie pour l'employeur par
			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.