

FORMULAIRE ÉTUDIANTS EN MÉDECINE 2026 - 2027

La fédération étudiante du Campus universitaire de Moncton

NO DE POLICE 91075

Prénom et nom de l'étudiant.e :

PRÉNOM

NOM

Numéro d'étudiant.e :

A00 _ _ _ _ _

Date de naissance :

JJ / MM / AAAA

Adresse courriel :

Adresse postale :

Sexe :

☐

Homme

☐

Femme

☐

Non déclaré

Inscription au régime

Santé

262.92\$

☐

Dentaire

56.28\$

☐

Santé et dentaire

319.20\$

☐

- Cette prime couvre la période du 1er septembre 2026 jusqu'au 31 août 2027

Je déclare que les renseignements figurant ci-dessus sont exacts. J'autorise Croix Bleue à recueillir, à utiliser et à divulguer mes renseignements personnels tels qu'il est décrit ci-dessous. 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.

Signature de l'étudiant/étudiante

Signature - FÉCUM

Date

S'il vous plaît poster ce formulaire avec votre chèque à l'adresse suivante, avant le 25 septembre 2026:

FÉCUM: Centre étudiant, local B101 | Attn : Réception. 18 Av. Antonine-Maillet, Moncton, NB E1A 3E9 | Tél. 506.858.4484