

SECTION A : RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

1. **Nom de l'entreprise** : _____
2. Veuillez énumérer les polices et les divisions auxquelles vous demandez accès (ex. : 12345-000) : _____
39_____-001
3. Nom du demandeur de l'accès : Katalin Brassard
La personne pour laquelle l'accès au site des administrateurs de régimes collectifs est demandé.
4. Êtes-vous un : administrateur de régime agent/courtier/conseiller
5. Si vous êtes un agent, un courtier ou un conseiller, veuillez indiquer :
- a. le nom de votre employeur : _____
- b. votre numéro d'agent : _____
6. Courriel au travail : katalin.brassard@bci.com
7. Numéro de téléphone au travail : 450-446-2474
8. Quelle langue de correspondance préférez-vous? Français Anglais

SECTION B : SITE DES ADMINISTRATEURS DE RÉGIMES COLLECTIFS

Veuillez préciser le genre d'accès souhaité : (veuillez indiquer la police/division si elles sont différentes que celles de la section A.2)

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| - Visualiser l'information sur les employés seulement | <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Numéro de police/division : <u>39_____-001</u> |
| - Visualiser et modifier l'information sur les employés et en faire l'adhésion | <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Numéro de police/division : <u>39_____-001</u> |
| - Visualiser les contrats et les brochures | <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Numéro de police/division : <u>39_____-001</u> |
| - Visualiser les factures électroniques | <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non | Numéro de police/division : <u>N/A</u> |
| - Visualiser les rapports statistiques (si applicable) | <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |

SECTION C : SITE DES ADHÉRENTS

Vos employés pourront mettre à jour leurs renseignements personnels. (adresse, numéro de téléphone, courriel et langue préférée)

Aimeriez-vous recevoir un courriel vous informant des changements apportés en ligne par vos employés? Oui Non

SECTION D : SIGNATURE

Signature du demandeur : _____ Date : _____

SECTION E : AUTORISATION

Cette section DOIT être remplie par l'administrateur ou par l'agent/courtier/conseiller autorisé du régime collectif de Croix Bleue Medavie.

J'autorise par la présente la personne nommée à la section A.3 OU l'entité dans la section A.5 à avoir accès aux polices/divisions et aux fonctions précisées dans la section B. Je suis dûment autorisé à agir au nom de l'entreprise pour présenter cette demande.

Nom (en caractères d'imprimerie) : _____ **Fonction et entreprise** : _____

Signature : _____ **Date** : _____

L'employeur de l'agent/courtier/consultant (Section A.5) est responsable de superviser les accès en-ligne de leurs représentants, après l'autorisation initiale de l'entreprise (Section A.1), afin de maintenir l'entente de service avec l'entreprise.

Veuillez remplir le formulaire et l'envoyer à l'endroit approprié.

ATLANTIQUE, ONTARIO ET AUTRES RÉGIONS

Téléphone : 1-888-564-2155

Télécopieur : 506-867-4651

Courriel : webadmin.inquiry@medavie.croixbleue.ca

QUÉBEC

Téléphone : 1-800-456-6595

Télécopieur : 514-286-8444

Courriel : administration@medavie.croixbleue.ca

Une fois le formulaire d'accès traité, vous recevrez deux courriels contenant

1. Nom d'utilisateur

2. Mot de passe temporaire