

**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 : Louis Carrière  
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 : lcarriere@dci-assurance.com
7. Numéro de téléphone au travail : 514-891-3714
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)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| - <b>Visualiser</b> l'information sur les employés seulement                          | <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Numéro de police/division : <u>39_____-001</u> |
| - <b>Visualiser et modifier</b> 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**