

- Régimes de soins médicaux et de voyages
- Adhésion régime invalidité de longue durée - n° de police 6666
- Assurance vie facultative - n° de police 19800-000

1. Nom de l'employé : _____ Profession : _____

Nom du requérant : _____ Lieu de naissance : _____ Date de naissance : _____ JJ MM AA

Adresse : _____

Courriel : _____

Numéro de téléphone (jour) : _____ Numéro de police : _____ Numéro d'ID : _____

2. Nom et adresse de votre médecin ou de votre clinique médicale habituelle : Si vous n'en avez pas, veuillez le préciser : _____

3. Est-ce qu'un de vos parents, un frère ou une sœur a, avant l'âge de 60 ans, souffert d'un cancer, d'une maladie cardiaque ou rénale, d'un trouble mental ou nerveux ou d'un trouble héréditaire (p. ex., chorée de Huntington ou maladie polykystique des reins)? Oui Non
Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants :

Membre de la famille (mère, père, frère ou sœur)	Âge au moment de l'apparition du trouble de santé :	Nom du trouble de santé (p. ex., type de cancer, maladie cardiaque ou rénale, etc.)

4. a) Quelle est votre taille? _____ pi _____ po _____ cm c) Au cours de la dernière année, avez-vous perdu plus de 4,5 kg ou de 10 lb?
 Oui Non Si oui, précisez combien de poids vous avez perdu et la raison : _____
b) Quel est votre poids? _____ kg _____ lb

	Oui	non	Remarques
5. Avez-vous déjà consulté un médecin, suivi un traitement ou présenté des symptômes relativement aux troubles de santé suivants : diabète, asthme ou bronchite, ulcère, colite ou maladie de Crohn, arthrite, trouble mental ou nerveux, trouble du dos ou du cou?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si vous répondez « Oui » à l'un ou plusieurs des troubles de santé mentionnés à la question 5, veuillez encercler ceux-ci et remplir la ou les section(s) applicable(s) au verso du présent formulaire.
6. Avez-vous déjà consulté un médecin, suivi un traitement ou présenté des symptômes relativement aux troubles de santé suivants : douleur à la poitrine, trouble cardiaque ou circulatoire, hypertension artérielle, trouble sanguin, trouble de la thyroïde, cancer, tumeur, trouble neurologique, convulsion, épilepsie, trouble pulmonaire ou respiratoire, apnée du sommeil, trouble intestinal, de l'estomac ou gastro-intestinal, trouble du foie, trouble des reins, trouble de la prostate ou urinaire, trouble des os, des muscles ou des articulations, trouble de la vue ou de l'ouïe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Veuillez encercler le trouble de santé applicable et fournir des détails (date, durée, traitement et état actuel).
7. Avez-vous consommé de la nicotine ou toute forme de produit pour cesser de fumer (y compris les cigarettes électroniques) au cours des 12 derniers mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Détails
8. Prenez-vous actuellement des médicaments sur ordonnance? Si Oui, veuillez préciser le nom du médicament, la raison de son utilisation, sa concentration et la posologie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Raison, nom du médicament, concentration et posologie
9. Avez-vous déjà consommé des stupéfiants, des stimulants, des hallucinogènes ou d'autres drogues semblables non prescrites par un médecin ou suivi un traitement pour la toxicomanie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dates et détails
10. Vous a-t-on déjà conseillé de réduire votre consommation d'alcool ou avez-vous suivi un traitement pour l'alcoolisme (y compris auprès des Alcooliques Anonymes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dates et détails
11. Avez-vous déjà demandé ou touché une pension, des prestations ou toute autre indemnité en raison d'une blessure, d'une maladie ou d'une invalidité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date, raison, durée et état actuel
12. Avez-vous déjà passé des examens, consulté un médecin, suivi un traitement ou reçu un diagnostic relativement au SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise), au VIH (virus de l'immunodéficience humaine) ou à tout autre trouble immunologique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dates et détails
13. Êtes-vous en attente d'une consultation médicale, de tests, de traitement ou d'un examen qui n'ont pas encore été effectués ou ceux-ci sont-ils envisagés? Présentez-vous des symptômes ou des problèmes qui nécessitent des soins médicaux?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dates et détails
14. Au cours des 5 dernières années, avez-vous souffert de troubles de santé ou obtenu des résultats de test anormaux n'ayant pas déjà été mentionnés dans ce formulaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dates et détails

Je soussigné(e) déclare que les réponses aux questions ci-dessus et à celles au verso sont complètes et exactes et qu'elles font partie d'une demande de couverture auprès de la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du CanadaMD (« Croix Bleue - Vie ») ou de Croix Bleue Medavie. Les renseignements fournis dans le présent formulaire et ceux qui seront recueillis ultérieurement dans le cadre du processus de demande d'adhésion demeureront confidentiels et privés. Ces renseignements serviront à déterminer l'admissibilité à la couverture, à administrer les modalités de ma police, à me recommander des produits et services pertinents et à gérer les affaires de la compagnie. J'autorise par la présente tout médecin, toute pharmacie, tout professionnel de la santé, tout hôpital, toute clinique ou tout autre établissement médical ou lié aux soins de santé, toute compagnie d'assurance, le gouvernement ou les organismes de réglementation ou un autre organisme, établissement ou une autre personne ayant des dossiers ou des renseignements sur moi ou sur ma santé à fournir lesdits renseignements à Croix-Bleue - Vie, à Croix Bleue Medavie ou à ses réassureurs. J'autorise également Croix Bleue - Vie et Croix Bleue Medavie à communiquer ces renseignements l'une à l'autre, à leur réassureur ou à toute tierce partie lorsque nécessaire pour déterminer l'admissibilité de la demande d'adhésion. Des renseignements médicaux peuvent aussi être communiqués à mon médecin ou à un autre médecin. Le présent consentement est valide tant et aussi longtemps que le contrat est en vigueur, à moins que je ne l'annule par écrit. Je comprends que je peux annuler mon consentement en tout temps. Toutefois, si je refuse de donner mon consentement ou si je l'annule, la couverture peut m'être refusée ou mon contrat peut être résilié. 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. Si j'ai des questions sur la collecte, l'utilisation ou la communication de mes renseignements personnels, je peux communiquer avec Croix Bleue Medavie au 1 800 667-4511.

Le présent consentement est conforme aux lois fédérales et provinciales en matière de protection des renseignements personnels. Une photocopie de cette autorisation est tout aussi valide que l'original.

Date _____

Signature du (de la) requérant(e) _____

Veuillez noter qu'il se peut que nous fassions un suivi auprès de vous pour obtenir plus de détails.



Si vous avez répondu « Oui » à la question 5, veuillez remplir la section applicable.

1. DIABÈTE

- a) Date de l'apparition du diabète : _____
- b) Type de diabète : Type 1 Type 2 Gestationnel
- c) Type de traitement : insuline médicaments oraux
 régime alimentaire
- d) Avez-vous des antécédents de coma diabétique ou de réaction à l'insuline? Oui Non Si « Oui », veuillez préciser.

- e) Suivez-vous un régime alimentaire pour diabétiques? Oui Non
- f) Avez-vous déjà souffert de l'un ou l'autre des problèmes suivants : Oui Non
 Troubles de la vue Présence d'albumine ou de protéine dans l'urine
 Sensation d'engourdissement ou de picotement dans les membres.
Veuillez préciser en incluant le nom et l'adresse du ou des médecins consultés pour ces problèmes.

2. ASTHME OU BRONCHITE

- a) Type : Asthme Bronchite
- b) Gravité : Léger Modéré Sévère
- c) Date du diagnostic ou de l'apparition des symptômes : _____
- d) Fréquence des symptômes ou des épisodes : _____
- e) Date du dernier épisode : _____
- f) Type de traitement et fréquence : _____
- g) Dates d'hospitalisation ou de visites à la salle d'urgence : _____
- h) À quelle fréquence ressentez-vous des symptômes nocturnes?

- i) Vous a-t-on déjà dirigé vers un spécialiste, avez-vous déjà subi un examen fonctionnel respiratoire ou avez-vous déjà utilisé des stéroïdes oraux (p. ex., Prednisone)? Veuillez encercler le cas applicable et préciser.

3. ULCÈRE, COLITE OU MALADIE DE CROHN

- a) Type : 1. Ulcère Duodéal Gastrique
2. Colite Ulcéreuse Muqueuse Spasmodique
3. Maladie de Crohn
- b) Fréquence des crises ou des épisodes : _____
- c) Date de la dernière crise ou du dernier épisode : _____
- d) Hémorragie (saignement)? _____
- e) Type de chirurgie (le cas échéant)? _____
- f) Type de traitement : _____
- g) Vous êtes-vous absenté du travail? Oui Non
Si « Oui », veuillez fournir les dates et la durée de l'absence

4. ARTHRITE

- a) Type : Rhumatoïde Arthrose Goutte Rhumatisme
- b) Date de l'apparition : _____
- c) Fréquence des symptômes ou des épisodes : _____
- d) Type de traitement : _____
- e) Vous êtes-vous absenté du travail? Oui Non
Si « Oui », veuillez fournir les dates et la durée de l'absence
- f) Veuillez préciser quelles articulations sont touchées et expliquer votre état actuel relativement à la douleur, à la déformation et aux limitations de mouvements :

5. TROUBLES MENTAUX ET NERVEUX

- a) Symptômes : Perte de poids Dépression Insomnie
 Idées suicidaires Fatigue Nervosité Anxiété Phobie
- b) Quelle en était la cause? _____
- c) Date d'apparition du trouble : _____
- d) Date des derniers symptômes ou du dernier épisode : _____
- e) Type de traitement et durée : _____
- f) Date du dernier traitement : _____
- g) Une hospitalisation a-t-elle été requise? Oui Non
- h) Date et durée de toute absence du travail : _____
- i) Nom et adresse des médecins consultés :

6. TROUBLE AU DOS OU AU COU

- a) Quelle partie du dos était-elle touchée?
 Cou Milieu du dos (région thoracique)
 Bas du dos (région lombo-sacrée)
- b) Quelle était la cause? _____
- c) Date des premiers symptômes ou du premier épisode : _____
- d) Date des derniers symptômes ou du dernier épisode : _____
- e) Fréquence des symptômes ou des épisodes : _____
- f) Type de traitement : _____
- g) Fréquence des traitements : _____
- h) Date du dernier traitement : _____
- i) Vous êtes-vous absenté du travail? Oui Non
Si « Oui », veuillez fournir les dates et la durée de l'absence
- j) Avez-vous passé des radiographies ou d'autres examens du dos?
Si « Oui », veuillez fournir la date, les résultats et le nom du médecin.
- k) Avez-vous subi une chirurgie ou allez-vous en subir une?
Si « Oui », veuillez préciser la date et les résultats.
- l) Veuillez décrire votre état actuel relativement à la douleur, à la limitation des mouvements et aux activités.