

Dans ce formulaire, le masculin englobe les deux genres et est utilisé pour alléger le texte.

### DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

Nom de l'employé : \_\_\_\_\_  
Numéro de police : **19500** Numéro d'identification : \_\_\_\_\_  
Date d'entrée en vigueur de la couverture de l'employé avec Croix Bleue Medavie (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_ Date d'emploi (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_  
Date d'entrée en vigueur de la couverture pour assurance Maladies graves (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_  
La couverture est-elle toujours en vigueur?  Oui  Non Sinon, date d'annulation (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_  
Raison de l'annulation : \_\_\_\_\_  
L'employé est-il activement au travail?  Oui  Non Sinon, dernière journée d'emploi? (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_  
Sinon, expliquer pourquoi cet employé a cessé de travailler : \_\_\_\_\_  
Employeur : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_  
Date (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_ Titre : \_\_\_\_\_

### DÉCLARATION DU DEMANDEUR

Nom du demandeur : \_\_\_\_\_ Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_  
Lien du demandeur avec l'employé :  Employé  Conjoint  Personne à charge  
Date de l'apparition du problème de santé (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_ Avez-vous souffert de ce problème avant?  Oui Quand? (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_  
 Non  
Décrivez le problème de santé : \_\_\_\_\_  
Veuillez indiquer le nom de tous les médecins qui vous ont traité pour ce problème de santé : \_\_\_\_\_  
Nom du ou des hôpitaux où vous avez été traité : \_\_\_\_\_

### AUTORISATION DU DEMANDEUR

Je certifie par la présente qu'à ma connaissance, les renseignements fournis ci-dessus sont exacts. J'autorise tout médecin autorisé, médecin praticien, hôpital, toute clinique ou tout autre établissement médical ou lié aux soins de santé, toute compagnie d'assurance ou autre organisation, institution ou personne ayant des dossiers ou des renseignements sur moi ou sur ma santé à fournir lesdits renseignements à Croix Bleue Medavie.

Je comprends que les renseignements personnels fournis dans le présent formulaire, ainsi que tous les 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, pour concevoir et recommander des produits et des services qui peuvent m'être pertinents et pour gérer les affaires de la compagnie.

Selon le type de couverture 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 Croix Bleue, les professionnels de la santé ou les établissements de santé, les fournisseurs d'assurance vie ou de régimes de soins de santé, le gouvernement et les autorités de réglementation, et d'autres tierces parties au besoin pour administrer les garanties décrites dans ma police.

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, 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 des risques et des avantages d'accepter qu'ils soient divulgués. Pour obtenir de plus amples renseignements sur les politiques de Croix Bleue en matière de protection des renseignements personnels, je peux communiquer avec Croix Bleue en composant le 1-800-667-4511 ou visiter le [cbmedavie.ca](http://cbmedavie.ca) si j'ai des questions sur la collecte, l'utilisation ou la divulgation de mes renseignements personnels.

J'autorise Croix Bleue à recueillir, utiliser et divulguer mes renseignements personnels comme il est décrit ci-dessus.

Daté à \_\_\_\_\_ en ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ de l'an \_\_\_\_\_

Signature du témoin : \_\_\_\_\_

Signature du demandeur : \_\_\_\_\_

(si le demandeur a moins de 18 ans, la signature du titulaire de police, d'un parent ou d'un tuteur est exigée.)

Une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original. Le présent document de consentement respecte les lois fédérales et provinciales en matière de protection des renseignements personnels.

### AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE

VEUILLEZ JOINDRE UN CHÈQUE PORTANT LA MENTION « ANNULÉ » ICI.

Institution financière : \_\_\_\_\_

Adresse de l'institution financière : \_\_\_\_\_

Numéro transitaire de l'institution financière : \_\_\_\_\_ Numéro de la succursale : \_\_\_\_\_

Numéro de compte : \_\_\_\_\_

Je demande que mes prestations soient payées par virement électronique de fonds (dépôt direct) sur ce compte. Je peux annuler cette autorisation à tout moment en donnant un avis écrit à Croix Bleue.

Signature : \_\_\_\_\_ Date (aaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_

## DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT PRESTATIONS POUR L'ASSURANCE MALADIES GRAVES

### Première partie : Autorisation du (de la) patient(e)

Nom du (de la) patient(e)	Date de naissance  _____ / ____ / ____ JJ / MM / AA
J'autorise par la présente la divulgation de tout renseignement relatif à cette demande à mon assureur et au titulaire de la police.	
Signature du (de la) patient(e)	Date  _____ / ____ / ____ JJ / MM / AA

### Deuxième partie : Déclaration du médecin traitant

Diagnostic :	
A) Affectation principale :	
B) Affectation secondaire :	
C) Autres problèmes ou complications :	
Date d'apparition des symptômes  _____ / ____ / ____ JJ / MM / AA	Le (La) patient(e) a-t-il (elle) déjà éprouvé ce problème ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, donner les dates et les détails.
Date à laquelle le (la) patient(e) a été soigné(e) pour la première fois, mesures diagnostiques, médicaments ou consultation pour ce problème.  _____ / ____ / ____ JJ / MM / AA	
Date du dernier traitement pour ce problème, si elle diffère de la date susmentionnée.  _____ / ____ / ____ JJ / MM / AA	Date du dernier traitement pour ce problème.  _____ / ____ / ____ JJ / MM / AA
Le (La) patient(e) a-t-il (elle) été hospitalisé(e) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom et adresse de l'hôpital.
Date du traitement à l'hôpital	
Patient à l'externe : _____ / ____ / ____ JJ / MM / AA	<b>OU</b> Patient hospitalisé : _____ / ____ / ____ JJ / MM / AA
Congé : _____ / ____ / ____ JJ / MM / AA	
Traitement chirurgical, au besoin : _____	Détails : _____
Date : _____ / ____ / ____ JJ / MM / AA	
À votre connaissance, d'autres médecins ont-ils traité ce (cette) patient(e) pour le problème actuel ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, donnez les noms et adresses :	
Croyez-vous que le (la) patient(e) est en mesure d'endosser des chèques et de bien les utiliser ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Veillez résumer les antécédents médicaux de votre patient(e). (Annexer des copies des tests administrés, y compris les résultats cliniques pertinents.)

Énumérer tous les résultats objectifs :

Énumérer tous les résultats subjectifs :

Veillez indiquer comment les activités quotidiennes influencent l'état du (de la) patient(e).

Manger	_____
	_____
Se vêtir	_____
	_____
Prendre son bain	_____
	_____
Se déplacer	_____
	_____
Faire sa toilette	_____
	_____

Capacité fonctionnelle cardiaque (s'il y a lieu)  
(Société canadienne de cardiologie)

Catégorie 1  
Aucune limite

Catégorie 2  
Limites légères

Catégorie 3  
Limites importantes

Catégorie 4  
Limites complètes

Veillez nous faire parvenir les résultats des épreuves d'effort, angiogramme, etc.

Veillez préciser votre pronostic pour le (la) patient(e) (voir la liste des maladies graves) :

Commentaires :

Nom du médecin (caractères d'imprimerie)

Adresse

N° de téléphone

Signature

Date

( )