

- 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

**AVIS : TOUTE RÉPONSE MANQUANTE OU INCOMPLÈTE OCCASIONNERA DES DÉLAIS SUPPLÉMENTAIRES DANS L'ÉTUDE DE VOTRE DOSSIER.**

### SECTION A

N° de police : \_\_\_\_\_ N° de section : \_\_\_\_\_ N° d'identification : \_\_\_\_\_

### SECTION B - INFORMATION DE L'EMPLOYÉ

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_

Lieu de naissance (ville/pays): \_\_\_\_\_ Occupation : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone (jour) : \_\_\_\_\_ Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Quelle est votre taille? \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ pi \_\_\_\_\_ po  
 votre poids? \_\_\_\_\_ kg \_\_\_\_\_ lb

Au cours de la dernière année, avez-vous perdu plus de 4,5 kg ou 10 lb?  
 Oui  Non Si oui, précisez le poids perdu et la raison :

(Ex. : régime, exercice, maladie)

### SECTION C - À REMPLIR SI L'ASSURANCE DEMANDÉE EST POUR LE CONJOINT OU LES PERSONNES À CHARGE

#### CONJOINT :

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_

Lieu de naissance (ville/pays) : \_\_\_\_\_ Occupation : \_\_\_\_\_

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Quelle est sa taille? \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ pi \_\_\_\_\_ po  
 son poids? \_\_\_\_\_ kg \_\_\_\_\_ lb

Au cours de la dernière année, cette personne a-t-elle perdu plus de 4,5 kg ou 10 lb?  
 Oui  Non Si oui, précisez le poids perdu et la raison :

(Ex. : régime, exercice, maladie)

#### ENFANT(S) :

Prénom	Nom de famille	Date de naissance			Âge	Taille			Poids	
		Jour	Mois	Année		cm	pi	po	kg	lb

### SECTION D - POUR CHAQUE RÉPONSE AFFIRMATIVE AUX QUESTIONS SUIVANTES, IDENTIFIEZ LA PERSONNE ET DONNEZ DES EXPLICATIONS À LA SECTION E.

Au cours de votre vie, avez-vous déjà été soigné pour l'une ou l'autre des maladies énumérées ci-dessous ou en avez-vous présenté les symptômes?	Employé		Pers. à charge	
	Oui	Non	Oui	Non
1. <b>Appareil cardiovasculaire</b> : Douleur dans la poitrine, palpitations, hypertension, rhumatisme articulaire aigu, souffle au cœur, crise cardiaque ou autre trouble du cœur ou des vaisseaux sanguins.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <b>Appareil respiratoire</b> : Asthme, apnée du sommeil, bronchite chronique, crachement de sang, tuberculose, emphysème ou autre trouble respiratoire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <b>Appareil digestif</b> : Colite, maladie de Crohn, ulcère, saignement gastrique ou intestinal, ou autre trouble de l'estomac, de la vésicule biliaire, du foie (hépatite, cirrhose) ou des intestins.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. <b>Appareil génito-urinaire</b> : Sucre, albumine, sang ou pus dans l'urine, ou autre trouble des reins, de la vessie, de la prostate ou des organes reproducteurs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. <b>Système endocrinien</b> : Diabète, trouble de la thyroïde ou autre affection endocrinienne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <b>Appareil locomoteur</b> : Rhumatisme, arthrite, goutte, ou affection des muscles ou des os, y compris la colonne vertébrale, le cou et les articulations.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. <b>Système nerveux</b> : Convulsions, épilepsie, migraine, paralysie, maladie dégénérative, dépression ou autre trouble mental ou nerveux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. <b>Système immunitaire</b> : Avez-vous déjà eu ou vous a-t-on déjà dit que vous aviez une des affections suivantes, ou avez-vous subi des tests ou reçu des conseils médicaux pour l'une ou l'autre de celles-ci?				
a) VIH (virus de l'immunodéficience humaine) ou tout autre trouble immunitaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Hypertrophie des ganglions lymphatiques, diarrhée chronique, lésions persistantes, infections d'origine inconnue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suite à la page 2

**ATTENTION! AVANT DE POURSUIVRE, ASSUREZ-VOUS D'AVOIR RÉPONDU À TOUTES LES QUESTIONS CI-DESSUS!**

## SECTION D - (suite)

**Au cours de votre vie, avez-vous déjà été soigné pour l'une ou l'autre des maladies énumérées ci-dessous ou en avez-vous présenté les symptômes?**

9. **Généralités** : Anémie ou autre maladie du sang, kyste, tumeur, cancer ou autre trouble physique ou mental, trouble de la vue ou de l'ouïe, non mentionné ci-dessus.
10. Au cours des 5 dernières années, avez-vous présenté un trouble de santé ou obtenu des résultats de test anormaux n'ayant pas déjà été mentionnés dans ce formulaire?
11. 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) ou consommé cinq boissons alcoolisées ou plus par jour en moyenne, ou avez-vous d'autres antécédents de dépendance à l'alcool, de consommation excessive d'alcool ou d'épisodes fréquents d'hyperalcoolisation rapide?
12. Avez-vous déjà consommé des narcotiques, des stimulants, des hallucinogènes ou d'autres drogues à usage récréatif (y compris le cannabis) non prescrites par un médecin ou suivi un traitement pour la toxicomanie, ou avez-vous des antécédents de dépendance à la drogue ou de consommation excessive de drogue?
13. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consommé de la nicotine ou toute forme de produit pour cesser de fumer (y compris les cigarettes électroniques)?
14. 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?

	Employé		Pers. à charge	
	Oui	Non	Oui	Non
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## SECTION E - DÉTAILS DES RÉPONSES AFFIRMATIVES DE LA SECTION D

N° de la question	Nom de la personne	Diagnostic, opération, examens, traitements, médicaments, résultats	Date	Durée de la maladie	Nom et adresse des médecins et hôpitaux. Précisez : si hospitalisé (combien de temps), traité en clinique externe ou au bureau du médecin.

## SECTION F - SI VOUS PRENEZ ACTUELLEMENT DES MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE, VEUILLEZ REMPLIR LA SECTION CI-DESSOUS

Nom de la personne	Nom du médicament et raison <i>Ex. : « Ventolin, asthme » ou « Anaprox, mal de dos »</i>	Puissance, quantité par jour, et fréquence <i>Ex. : « 50 mg, deux fois par jour » ou « 10 mg, au besoin »</i>	Date de début du traitement, ou durée approximative si date inconnue <i>Ex. : « juin 2015 » ou « environ 5 ans »</i>	Le traitement est-il efficace?	
				Oui	Non
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## SECTION G - CONSOMMATION DE NICOTINE ET DE DROGUE

Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous ou votre conjoint avez consommé de la nicotine, des narcotiques ou d'autres drogues?  Oui  Non  
Dans l'affirmative, veuillez préciser votre consommation hebdomadaire ci-dessous. Si vous avez arrêté d'utiliser ces produits au cours des 12 derniers mois, indiquez la consommation avant votre arrêt.

	Employé, conjoint ou les deux?	<i>p. ex. « 7 paquets par semaine »</i>
Cigarettes	<input type="radio"/> E <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D	
Cigares	<input type="radio"/> E <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D	
Narcotiques ou autres drogues	<input type="radio"/> E <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D	

## SECTION H - POUR CHAQUE RÉPONSE AFFIRMATIVE AUX QUESTIONS SUIVANTES, IDENTIFIEZ LA PERSONNE ET DONNER DES EXPLICATIONS À LA SECTION I.

**Au cours des 5 dernières années, avez-vous :**

- consulté un médecin ou un autre praticien, ou été examiné ou traité par un médecin ou un autre praticien, mis à part les bilans de santé réguliers?
- reçu des traitements dans un hôpital, une clinique, un sanatorium ou un autre établissement médical?
- subi un électrocardiogramme, une radiographie pulmonaire, des analyses de laboratoire ou d'autres examens à des fins de diagnostic?
- demandé ou touché une pension en raison d'une invalidité ou d'une blessure?

	Employé		Pers. à charge :	
	Oui	Non	Oui	Non
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**AVANT DE POURSUIVRE, ASSUREZ-VOUS D'AVOIR RÉPONDU À TOUTES LES QUESTIONS CI-DESSUS!**

## SECTION I - DÉTAILS DES RÉPONSES AFFIRMATIVES DE LA SECTION H

N° de la question	Nom de la personne	Maladie, opération, examens, traitements, médicaments, résultats	Date	Durée de la maladie	Nom et adresse des médecins et hôpitaux. Précisez : si hospitalisé (combien de temps), traité en clinique externe ou au bureau du médecin.

## SECTION J - DOSSIER MÉDICAL ACTUEL

Si oui pour une personne à charge, indiquez son nom

1. Recevez-vous les soins d'un médecin? Employé :  Oui  Non      Personne(s) à charge :  Oui  Non      Nom : \_\_\_\_\_

2. Nom et adresse du médecin qui a votre dossier médical :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## SECTION K - ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Pour l'employé ou le conjoint, est-ce qu'un de vos parents ou de vos frères et sœurs 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'une maladie 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, soeur)	En lien avec l'employé ou le conjoint?	Âge au début de la maladie	Nom de la maladie (p. ex., type de cancer, maladie cardiaque ou rénale, etc.)	Si vous avez déjà subi des examens pour cette maladie, indiquez la date et les résultats (si aucun examen n'a été effectué, indiquez « aucun »)

Je, soussigné, 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 de couverture 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 l'entreprise. 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 de couverture. 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 nécessaires et je suis conscient des risques et des avantages de consentir ou de refuser de consentir à la divulgation de mes renseignements. 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 document de consentement respecte les lois fédérales et provinciales en matière de protection des renseignements personnels.

Une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

\_\_\_\_\_  
Signature du requérant

\_\_\_\_\_  
Signature du conjoint (s'il présente une demande d'adhésion)

\_\_\_\_\_  
Signatures des enfants (s'ils ont plus de 18 ans)

\_\_\_\_\_  
Date

\*La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada assure toutes les garanties d'assurance vie et invalidité.

**Si vous avez besoin de plus d'espace pour remplir le formulaire, joignez des pages supplémentaires si nécessaire.**

**Avant de soumettre ce formulaire, assurez-vous d'avoir répondu à toutes les questions et de l'avoir signé et daté.  
UN FORMULAIRE INCOMPLÉT AURA POUR EFFET DE RETARDER L'ÉTUDE DE VOTRE DOSSIER**

**Veuillez noter que nous pourrions communiquer avec vous pour recueillir plus de renseignements au besoin. Au besoin, un représentant de notre fournisseur de service externe pourrait communiquer avec vous dans les jours suivant la réception de votre Déclaration de santé afin de recueillir plus de renseignements médicaux.**

