

1. Nom de l'employé : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_  
 Nom du requérant : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 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"/>	<b>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.</b>
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 <b>n'ayant pas déjà été mentionnés</b> 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, le MIB Inc. (« MIB » autrefois connu comme « Medical Information Bureau ») 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. J'autorise également Croix Bleue - Vie et Croix Bleue Medavie à remettre un court rapport sur mes renseignements de santé personnels à MIB. 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. J'ai reçu et lu l'avis ci-joint décrivant les procédures de MIB. 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.**



FORM-019F 08/19

VEUILLEZ DÉTACHER CETTE PARTIE ET LA CONSERVER

L'information au sujet de votre assurabilité sera traitée de façon confidentielle. La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du CanadaMD ou son réassureur, pourraient toutefois faire un bref rapport à ce sujet au MIB Inc. (autrefois connu comme « Medical Information Bureau »), un organisme sans but lucratif d'échange de renseignements à l'intention des compagnies d'assurance vie qui en sont membres. Si vous faites une demande auprès d'une autre compagnie membre du MIB pour de l'assurance vie, de l'assurance invalidité ou de l'assurance maladie, ou qu'une demande de règlement ou de prestations est soumise à une telle compagnie, le MIB soumettra à cette dernière, sur demande, l'information qu'il pourrait avoir dans ses dossiers. À la réception d'une demande de votre part, le MIB vous permettra de prendre connaissance de tous les renseignements qu'il détient à votre sujet. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements contenus à votre dossier, vous pouvez faire apporter des corrections en vous adressant à MIB Inc. Des renseignements à l'intention des consommateurs au sujet du MIB sont disponibles sur le site Web au [www.mib.com](http://www.mib.com).

MIB, Inc.  
 330, avenue University  
 Toronto (Ontario) M5G 1R7

Téléphone 416-597-0590  
 Site Web [www.mib.com](http://www.mib.com)

La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada ou son réassureur pourraient aussi communiquer les renseignements qu'ils ont sur vous aux autres compagnies auprès desquelles vous demanderiez à souscrire une assurance vie ou une assurance maladie, ou auxquelles vous présenteriez une demande de règlement ou de prestations.

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

<p><b>1. DIABÈTE</b></p> <p>a) Date de l'apparition du diabète : _____</p> <p>b) Type de diabète : <input type="checkbox"/> Type 1 <input type="checkbox"/> Type 2 <input type="checkbox"/> Gestationnel</p> <p>c) Type de traitement : <input type="checkbox"/> insuline <input type="checkbox"/> médicaments oraux <input type="checkbox"/> régime alimentaire</p> <p>d) Avez-vous des antécédents de coma diabétique ou de réaction à l'insuline? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « Oui », veuillez préciser. _____</p>		<p>e) Suivez-vous un régime alimentaire pour diabétiques? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>f) Avez-vous déjà souffert de l'un ou l'autre des problèmes suivants : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Troubles de la vue <input type="checkbox"/> Présence d'albumine ou de protéine dans l'urine <input type="checkbox"/> Sensation d'engourdissement ou de picotement dans les membres. <b>Veillez préciser</b> en incluant le nom et l'adresse du ou des médecins consultés pour ces problèmes. _____ _____</p>	
<p><b>2. ASTHME OU BRONCHITE</b></p> <p>a) Type : <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Bronchite</p> <p>b) Gravité : <input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Sévère</p> <p>c) Date du diagnostic ou de l'apparition des symptômes : _____</p> <p>d) Fréquence des symptômes ou des épisodes : _____</p> <p>e) Date du dernier épisode : _____</p> <p>f) Type de traitement et fréquence : _____</p> <p>g) Dates d'hospitalisation ou de visites à la salle d'urgence : _____</p>		<p>h) À quelle fréquence ressentez-vous des symptômes nocturnes? _____</p> <p>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., Prednisonne)? Veuillez encircler le cas applicable et préciser. _____ _____</p>	
<p><b>3. ULCÈRE, COLITE OU MALADIE DE CROHN</b></p> <p>a) Type : 1. Ulcère <input type="checkbox"/> Duodéal <input type="checkbox"/> Gastrique 2. Colite <input type="checkbox"/> Ulcéreuse <input type="checkbox"/> Muqueuse <input type="checkbox"/> Spasmodique 3. Maladie de Crohn <input type="checkbox"/></p> <p>b) Fréquence des crises ou des épisodes : _____</p> <p>c) Date de la dernière crise ou du dernier épisode : _____</p> <p>d) Hémorragie (saignement)? _____</p>		<p>e) Type de chirurgie (le cas échéant)? _____</p> <p>f) Type de traitement : _____</p> <p>g) Vous êtes-vous absenté du travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « Oui », veuillez fournir les dates et la durée de l'absence _____</p>	
<p><b>4. ARTHRITE</b></p> <p>a) Type : <input type="checkbox"/> Rhumatoïde <input type="checkbox"/> Arthrose <input type="checkbox"/> Goutte <input type="checkbox"/> Rhumatisme</p> <p>b) Date de l'apparition : _____</p> <p>c) Fréquence des symptômes ou des épisodes : _____</p> <p>d) Type de traitement : _____</p>		<p>e) Vous êtes-vous absenté du travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « Oui », veuillez fournir les dates et la durée de l'absence _____</p> <p>f) Veuillez préciser quelles articulations sont touchées et expliquer votre état actuel relativement à la douleur, à la déformation et aux limitations de mouvements : _____ _____</p>	
<p><b>5. TROUBLES MENTAUX ET NERVEUX</b></p> <p>a) Symptômes : <input type="checkbox"/> Perte de poids <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Insomnie <input type="checkbox"/> Idées suicidaires <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Nervosité <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Phobie</p> <p>b) Quelle en était la cause? _____ _____</p> <p>c) Date d'apparition du trouble : _____</p> <p>d) Date des derniers symptômes ou du dernier épisode : _____</p>		<p>e) Type de traitement et durée : _____</p> <p>f) Date du dernier traitement : _____</p> <p>g) Une hospitalisation a-t-elle été requise? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>h) Date et durée de toute absence du travail : _____</p> <p>i) Nom et adresse des médecins consultés : _____ _____</p>	
<p><b>6. TROUBLE AU DOS OU AU COU</b></p> <p>a) Quelle partie du dos était-elle touchée? <input type="checkbox"/> Cou <input type="checkbox"/> Milieu du dos (région thoracique) <input type="checkbox"/> Bas du dos (région lombo-sacrée)</p> <p>b) Quelle était la cause? _____ _____</p> <p>c) Date des premiers symptômes ou du premier épisode : _____</p> <p>d) Date des derniers symptômes ou du dernier épisode : _____</p> <p>e) Fréquence des symptômes ou des épisodes : _____</p> <p>f) Type de traitement : _____</p> <p>g) Fréquence des traitements : _____</p> <p>h) Date du dernier traitement : _____</p>		<p>i) Vous êtes-vous absenté du travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « Oui », veuillez fournir les dates et la durée de l'absence _____</p> <p>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. _____</p> <p>k) Avez-vous subi une chirurgie ou allez-vous en subir une? Si « Oui », veuillez préciser la date et les résultats. _____</p> <p>l) Veuillez décrire votre état actuel relativement à la douleur, à la limitation des mouvements et aux activités. _____</p>	