

C.P. 220  
MONCTON, NB E1C 8L3  
TÉL. : 1-800-667-4511 TÉLÉC. : 506-869-9654

550, RUE SHERBROOKE OUEST, BUREAU L-15  
MONTRÉAL, QC H3A 6T6  
TÉL. : 514-286-8454 TÉLÉC. : 514-286-8444

1. Nom de l'employé : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Nom du requérant : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
JJ MM AA

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

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. a) Antécédents familiaux :	Âge (si vivant)	État de santé	Âge (au décès)	Cause du décès
Père				
Mère				

b) Est-ce qu'un de vos parents, un frère ou une sœur a, avant l'âge de 60 ans, souffert d'un problème cardiaque ou rénal, d'une maladie mentale, de troubles nerveux, d'un cancer du colon ou du sein, ou d'une maladie héréditaire (exemples : chorée de Huntington ou maladie polykystique des reins)?  Oui  Non Si oui, donnez les détails : \_\_\_\_\_

c) Quelle est votre taille (hauteur)? \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ pi \_\_\_\_\_ po d) Au cours de la dernière année, avez-vous perdu plus de 4,5 kilos ou 10 livres?  
votre poids? \_\_\_\_\_ kg \_\_\_\_\_ lb  oui  non Si oui, combien et donnez-en la raison : \_\_\_\_\_

	oui	non	Remarques
4. Avez-vous déjà consulté un médecin ou suivi un traitement pour l'une ou l'autre des maladies suivantes ou en présentiez-vous les symptômes : diabète, asthme ou bronchite, ulcère, colite ou maladie de Crohn, arthrite, désordre mental ou nerveux, affection du dos ou du cou?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Si vous avez répondu oui à cette question, veuillez encercler la maladie applicable et remplir la ou les section(s) pertinente(s) au verso.</b>
5. Avez-vous déjà consulté un médecin, suivi un traitement ou présenté des symptômes pour l'une ou l'autre des maladies suivantes : douleur à la poitrine, trouble cardiaque ou de la circulation, hypertension artérielle, désordre sanguin, trouble de la thyroïde, cancer, tumeur, trouble neurologique, convulsion, épilepsie, trouble pulmonaire ou respiratoire, apnée du sommeil, trouble intestinal, trouble gastrique ou gastrointestinal, trouble du foie, trouble rénal, trouble de prostate ou urinaire, trouble des os, des muscles ou des jointures, trouble de la vue ou de l'ouïe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Veuillez encercler la maladie applicable et fournir des détails. (Date, durée, traitement et état actuel).</b>
6. Avez-vous fait usage de nicotine ou de produits pour cesser de fumer au cours des 12 derniers mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Détails
7. Prenez-vous actuellement des médicaments sur ordonnance? Si oui, donnez la raison, le nom du médicament, sa concentration et la posologie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Raison, nom du médicament, concentration et posologie
8. Avez-vous déjà a) fait usage de stupéfiants, d'hallucinogènes ou d'autres drogues semblables non prescrites par un médecin, ou b) vous a-t-on déjà conseillé de réduire votre consommation d'alcool ou de suivre des traitements pour l'alcoolisme ou la toxicomanie, y compris les Alcooliques Anonymes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dates et détails
9. Avez-vous déjà demandé ou touché une pension, des prestations ou toute autre indemnité en raison d'une blessure, d'une maladie ou d'un état d'invalidité?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date, raison, durée et état actuel
10. Avez-vous déjà passé des examens, consulté un médecin ou suivi un traitement pour le SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise), le VIH (virus d'immunodéficience acquise) ou encore pour tout autre désordre immunologique, ou vous a-t-on déjà dit que vous en étiez atteint?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dates et détails
11. Êtes-vous en attente d'une consultation médicale, de tests, de traitements ou d'un examen qui n'ont pas été effectués ou ces derniers ont-ils été envisagés? Avez-vous des symptômes ou des problèmes qui doivent être vus par un médecin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dates et détails
12. Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu des troubles médicaux ou des résultats de test anormaux <b>n'ayant pas encore été mentionnés</b> dans ce formulaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dates et détails

Je, le (la) 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 protection auprès de la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada ou de Croix Bleue Medavie. Les renseignements déjà fournis et recueillis à l'avenir dans le cadre d'une demande demeureront confidentiels et privés. Ces renseignements serviront à déterminer l'admissibilité à la protection, à administrer les modalités de ma police et à gérer les affaires de la compagnie. J'autorise tout médecin, tout professionnel de la santé, tout hôpital, toute clinique, toute pharmacie ou tout autre établissement médical ou connexe, toute compagnie d'assurance, le gouvernement ou les autorités de réglementation, MIB, Inc. autrefois connu comme le Bureau des renseignements médicaux ou un autre organisme, établissement ou personne ayant des dossiers ou des renseignements sur moi ou ma santé à fournir lesdits renseignements à la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada, Croix Bleue Medavie, ou leur réassureur. J'autorise aussi la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada et Croix Bleue Medavie à communiquer ces renseignements l'un à l'autre, à leur réassureur ou à toute tierce partie lorsque nécessaire pour déterminer l'admissibilité. Des renseignements médicaux peuvent aussi être communiqués à mon médecin ou à tout autre médecin. Le présent énoncé de 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 protection 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 de la vie privée.

Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'originale.

Date \_\_\_\_\_ Signature du (de la) requérant(e) \_\_\_\_\_

FORM-019(F) 11/11

## DÉTACHER ET CONSERVER

### PRÉAVIS MIB

Les renseignements touchant votre assurabilité seront traités en toute confidentialité. Cependant, la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada ou son réassureur peuvent en soumettre un résumé à MIB, organisme sans but lucratif formé de compagnies d'assurance-vie et effectuant un échange de renseignements au nom de ses compagnies-membres. Si vous présentez une demande d'assurance-vie ou d'assurance-maladie ou une demande de règlement à une autre compagnie membre de MIB, MIB fournira sur demande à cette compagnie toute l'information au dossier.

Sur réception d'une demande de votre part, MIB prendra des dispositions pour communiquer les renseignements figurant à votre dossier. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements figurant au dossier de MIB, vous pouvez communiquer avec MIB et demander une rectification. Voici les coordonnées de MIB :

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

Numéro de téléphone : 416-597-0590  
Site Web : www.mib.com

La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada ou son réassureur peut aussi communiquer les renseignements au dossier à d'autres compagnies d'assurance-vie auxquelles vous aurez présenté une proposition d'assurance-vie ou d'assurance-maladie ou une demande de prestations ou d'indemnité.

Veillez remplir la section applicable si vous avez répondu « oui » à la question numéro 4.

### 1. DIABÈTE

- a) Date du début de la maladie \_\_\_\_\_
- b) Type de traitement :  insuline  médicament par voie buccale  
 régime alimentaire
- c) Antécédents de coma diabétique ou de réactions à l'insuline :  
 oui  non Si oui, donnez-en les détails. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- d) Suivez-vous un régime alimentaire pour diabétique?  oui  non
- e) Avez-vous souffert de l'un ou l'autre des problèmes suivants :  oui  non  
 troubles de la vue  présence d'albumine dans l'urine  
 sensations d'engourdissement ou de picotement dans les membres.  
**Donnez les détails**, y compris 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 début de la maladie : \_\_\_\_\_
- d) Fréquence des symptômes ou des épisodes : \_\_\_\_\_  
(p.ex. hebdomadaire, mensuelle)
- e) Date d'hospitalisation/visites à la salle d'urgence : \_\_\_\_\_
- f) Avez-vous eu besoin d'utiliser des stéroïdes oraux  
(p. ex. Prednisone)?  oui  non  
Si oui, donnez la période et la date. \_\_\_\_\_
- g) Vous a-t-on déjà dirigé vers un spécialiste ou avez-vous déjà subi un  
examen fonctionnel respiratoire?  oui  non  
Si oui, donnez la date et les détails.  
\_\_\_\_\_

### 3. ULCÈRE, COLITE OU MALADIE DE CROHN

- a) Type : 1. ulcère  duodénal  gastrique  
2. colite  ulcéreuse  muqueuse  spasmodique  
3. maladie de Crohn
- b) Fréquence des attaques ou des crises : \_\_\_\_\_
- c) Date de la dernière attaque ou crise : \_\_\_\_\_
- d) Hémorragie (saignement)? \_\_\_\_\_
- e) Type de chirurgie, le cas échéant : \_\_\_\_\_
- f) Type de traitement : \_\_\_\_\_
- g) Avez-vous déjà été absent(e) du travail?  oui  non  
Si oui, donnez la période d'absence et la date.  
\_\_\_\_\_

### 4. ARTHRITE

- a) Type :  rhumatoïde  arthrose  goutte  rhumatisme
- b) Date du début de la maladie : \_\_\_\_\_
- c) Fréquence des attaques ou des épisodes : \_\_\_\_\_
- d) Type de traitement : \_\_\_\_\_
- e) Avez-vous déjà été absent(e) du travail?  oui  non  
Si oui, donnez la période d'absence et la date.  
\_\_\_\_\_
- f) Quelles articulations sont touchées? Expliquez l'état actuel de la  
douleur, de la déformation, des limites de mouvements :  
\_\_\_\_\_

### 5. DÉSORDRE MENTAL OU NERVEUX

- a) Type de symptômes :  perte de poids  dépression  insomnie  
 idées suicidaires  fatigue  nervosité  anxiété  phobie
- b) Quelle en était la cause? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- c) Date du début de la maladie : \_\_\_\_\_
- d) Date de la dernière attaque ou épisode : \_\_\_\_\_
- e) Type et durée du traitement : \_\_\_\_\_
- f) Hospitalisation requise?  oui  non
- g) Date et durée de l'absence du travail nécessaire : \_\_\_\_\_
- h) Nom et adresse des médecins consultés : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 6. AFFECTION DU DOS OU DU COU

- a) De quelle partie du dos s'agit-il :  
 cou  milieu du dos (région thoracique)  
 bas du dos (région lombo-sacrée)
- b) Quelle en était la cause? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- c) Date de la première attaque ou épisode : \_\_\_\_\_
- d) Date de la dernière attaque ou épisode : \_\_\_\_\_
- e) Fréquence des attaques ou épisodes : \_\_\_\_\_
- f) Type de traitement : \_\_\_\_\_
- g) Fréquence des traitements : \_\_\_\_\_
- h) Date du dernier traitement : \_\_\_\_\_
- i) Avez-vous déjà été absent(e) du travail?  oui  non  
Si oui, donnez la durée d'absence et la date.  
\_\_\_\_\_
- j) Avez-vous passé des radiographies ou d'autres examens du dos?  
Si oui, donnez la date, les résultats et le nom du médecin.  
\_\_\_\_\_
- k) Une chirurgie a-t-elle été pratiquée ou est-elle prévue? Si oui,  
donnez la date et les résultats.  
\_\_\_\_\_
- l) Décrivez l'état actuel de la douleur, de toute limite des mouvements  
ou des activités.  
\_\_\_\_\_