

**AVIS : TOUTE DEMANDE INCOMPLÈTE OU OMISSION DE RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS OCCASIONNERA DES DÉLAIS SUPPLÉMENTAIRES DANS L'ÉTUDE DE VOTRE DOSSIER.**

**SECTION A**

N° de contrat : \_\_\_\_\_ N° de section : \_\_\_\_\_ No. d'ID : \_\_\_\_\_

**SECTION B**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Occupation : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : Résidence : \_\_\_\_\_ Bureau : \_\_\_\_\_  
 N° d'assurance sociale : \_\_\_\_\_ Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_  
 Taille (pi. po/cm) : \_\_\_\_\_ Poids actuel (lb/kilo) : \_\_\_\_\_ Sexe :  M  F Âge : \_\_\_\_\_

**SECTION C - À REMPLIR SI L'ASSURANCE DEMANDÉE EST POUR PERSONNE(S) À CHARGE**
**CONJOINT :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Occupation : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_ Sexe :  M  F  
 Taille (pi. po/cm) : \_\_\_\_\_ Poids actuel (lb/kilo) : \_\_\_\_\_ Sexe :  M  F Âge : \_\_\_\_\_

**ENFANT(S) :**

Nom	Prénom(s)	Sexe		Date de naissance			Âge	Taille (pi. po./cm)	Poids actuel (lb/kilo)
		M	F	Jour	Mois	Année			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

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

Au cours de votre vie, avez-vous déjà été soignée pour l'une ou l'autre des maladies énumérées ci-dessous ou en avez-vous ressenti les symptômes ?	ADHÉRENT(E)		PERS. À CHARGE	
	Oui	Non	Oui	Non
1. <b>Système cardiovasculaire</b> : Douleur dans la poitrine, palpitations, pression artérielle élevée, rhumatisme articulaire aigu, souffle au coeur, crise cardiaque ou autre trouble du coeur ou des vaisseaux sanguins.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <b>Système respiratoire</b> : Asthme, bronchite chronique, emphyseme, crachement de sang, tuberculose ou trouble respiratoire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <b>Système digestif</b> : Colite, ulcère hémorragie intestinale ou gastrique, 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>Système 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 génitaux.	<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>Système musculo-squelettique</b> : Rhumatisme, arthrite, goutte, affection des muscles ou des os, y compris la colonne vertébrale, le dos et les articulations.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. <b>Système nerveux</b> : Convulsions, épilepsie, céphalée, paralysie, maladie dégénérative, dépression ou autre désordre mental ou nerveux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. <b>Système immunologique</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 celles-ci :				
a) SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise), Para SIDA (ARC) ou tout autre trouble immunologique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Hypertrophie des ganglions lymphatiques (glandes), diarrhée chronique, lésions peu communes ou tenaces, infections d'origine inconnue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. <b>Généralités</b> : Abus d'alcool ou de drogues, anémie ou autre maladie du sang, kyste, tumeur, cancer ou autre désordre physique ou mental non mentionné ci-dessus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SECTION E - DÉTAILS DES RÉPONSES AFFIRMATIVES**

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(e) (combien de temps), traité(e) en clinique externe ou au bureau.

**COMPTE RENDU D'ENQUÊTE ET ÉCHANGE DE  
RENSEIGNEMENTS  
À DÉTACHER ET À REMETTRE À L'ADHÉRENT(E)**

**SECTION F - POUR CHAQUE RÉPONSE AFFIRMATIVE AUX QUESTIONS SUIVANTES, IDENTIFIEZ LA PERSONNE ET DONNEZ DES EXPLICATIONS À LA SECTION G.**

Au cours des cinq dernières années, avez-vous :	Adhérent(e)		Pers. à charge	
	Oui	Non	Oui	Non
1. consulté, été examiné(e) ou soigné(e) par un médecin ou autre praticien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. reçu des traitements dans un hôpital, une clinique, un sanatorium, ou autre établissement médical?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. passé un électrocardiogramme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. passé une radiographie pulmonaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. passé des analyses de laboratoire ou autres examens à des fins de diagnostic?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. demandé ou touché une pension pour une blessure corporelle ou une invalidité?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. été avisé(e) de vous soumettre à un examen, une hospitalisation ou une opération, ce qui n'aurait pas encore été fait?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SECTION G - DÉTAILS DES RÉPONSES AFFIRMATIVES DE LA SECTION F**

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(e) (combien de temps), traité(e) en clinique externe ou au bureau.

**SECTION H - PRÉSENTMENT**

- Recevez-vous les soins d'un médecin ? Adhérent(e) :  Oui  Non      Personne à charge :  Oui  Non
- Nom et adresse du médecin qui a votre dossier médical \_\_\_\_\_
- Prenez-vous des médicaments ? Adhérent(e) :  Oui  Non      Personne à charge :  Oui  Non
- Si oui, le nom, la puissance, la quantité par jour et depuis quand vous en faites usage \_\_\_\_\_

**SECTION I**

- Faites-vous ou avez-vous déjà fait usage de cigarettes, cigares, pipes, boissons alcoolisées, stupéfiants ou autres drogues ?  Oui  Non

Si oui, indiquer la quantité par semaine	Cigarettes		Cigares		Pipes		Boissons alcoolisées		Stupéfiants ou autres drogues	
	Présent	Passé	Présent	Passé	Présent	Passé	Présent	Passé	Présent	Passé
<b>Adhérent(e)</b>										
<b>Pers. à charge</b>										

- Si c'est le cas, indiquez le date à laquelle vous en avez cessé de fumer : \_\_\_\_\_

**SECTION J - REMARQUES SUPPLÉMENTAIRES**


**SECTION K - DÉCLARATION**

Je, soussigné(e), déclare avoir pris connaissance de toutes les questions et que les réponses et explications données sont complètes et véridiques. De plus, je consens à ce qu'elles servent de base au contrat d'assurance demandé.

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature de l'adhérent(e)

**PRIÈRE DE TOUJOURS REMPLIR CETTE SECTION**

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

Par les présentes, j'autorise, aux fins d'appréciation des risques et d'étude des sinistres, tout médecin, chirurgien, hôpital, institution, compagnie d'assurance ou de réassurance, le Bureau de renseignements médicaux (M.I.B.), autre organisme ou institution de renseignements ou toute autre personne qui a présentement, ou pourrait avoir dans le futur, des dossiers ou des renseignements relatifs à ma santé, à celle de mon conjoint/e ou de l'un quelconque de mes enfants, à les communiquer en entier à Croix Bleue Medavie et La Compagnie d'Assurance Vie Croix Bleue du Canada ou à ses réassureurs, à la demande de ces derniers, et je renonce expressément, en mon nom et au nom de toute autre personne qui peut ou prétend avoir un intérêt dans toute police établie, remise en vigueur ou modifiée par suite de toute déclaration contenue dans les présentes, à me prévaloir de toute disposition de la loi interdisant à tel médecin, chirurgien, hôpital, institution, compagnie d'assurance ou de réassurance, le Bureau de renseignements médicaux, ou toute autre personne de communiquer tels dossiers ou renseignements.

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature de l'adhérent(e)

**COMPTE RENDU D'ENQUÊTE ET ÉCHANGE DE RENSEIGNEMENTS**

Le principal objectif de Croix Bleue Medavie et de La Compagnie D'Assurance Vie Croix Bleue du Canada est d'offrir la sécurité financière à ses clients au plus bas coût possible. Afin d'atteindre cet objectif d'une manière juste et équitable envers tous ses détenteurs de contrat, la compagnie doit évaluer le risque que représente chaque demande qui lui est faite. L'étude de votre demande se fait d'après les renseignements provenant de diverses sources comme les données que vous avez fournies sur vos antécédents médicaux, les résultats de tout examen médical comme de toute analyse jugés nécessaires, rapports reçus de médecins qui vous ont soigné et d'hôpitaux où vous avez séjourné en qualité de malade, ainsi que des renseignements sur le caractère de l'adhérent, sa réputation financière, ses traits personnels et son mode de vie.

Tous les renseignements touchant votre assurabilité seront considérés comme confidentiels. Cependant, la Compagnie ou ses réassureurs pourront en soumettre un bref rapport au Bureau de renseignements médicaux, organisme à but non lucratif formé de compagnies d'assurance vie et effectuant un échange de renseignements au nom de ses compagnies membres. Si vous souscrivez une assurance maladie auprès d'une autre compagnie, membre du Bureau, ou si vous lui soumettez une demande de règlement, le Bureau fournira à cette dernière, sur demande, les renseignements qu'il possède sur vous.

Sur réception d'une demande de votre part, le Bureau prendra des dispositions pour vous donner les renseignements figurant sur votre fiche. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements du Bureau, vous pouvez lui demander une rectification à l'adresse suivante :

**BUREAU DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX, 330, AVENUE UNIVERSITY, BUREAU 501, TORONTO (ONTARIO) M5G 1R7, TÉLÉPHONE : 416-597-0590, TÉLÉCOPIEUR : 416-597-1193**

La Compagnie ou ses réassureurs pourront, eux aussi, communiquer les renseignements tirés de leurs dossiers à d'autres compagnies d'assurance vie auxquelles vous aurez demandé une assurance vie ou une assurance maladie ou auxquelles vous soumettez une demande de règlement.