

Nom de l'employé : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_  
 Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ JJ MM AA  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Courriel : \_\_\_\_\_  
 Numéro de téléphone (jour) : \_\_\_\_\_ Numéro de police : \_\_\_\_\_ Numéro d'ID : \_\_\_\_\_

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX – PERSONNES À CHARGE – VEUILLEZ DONNER LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS SUR LES PERSONNES À VOTRE CHARGE DEVANT FAIRE L'OBJET D'UNE ÉVALUATION.**

1.	Prénom	Nom	Date de naissance			Taille (hauteur)	Poids
			JJ	MM	AAAA		
Conjoint						____ pi ____ po ou ____ cm	____ lb ou ____ kg
Enfants						____ pi ____ po ou ____ cm	____ lb ou ____ kg
						____ pi ____ po ou ____ cm	____ lb ou ____ kg
						____ pi ____ po ou ____ cm	____ lb ou ____ kg
						____ pi ____ po ou ____ cm	____ lb ou ____ kg
						____ pi ____ po ou ____ cm	____ lb ou ____ kg

**POUR CHAQUE PERSONNE À CHARGE SUSMENTIONNÉE AYANT CONSULTÉ UN MÉDECIN AU COURS DES SIX DERNIERS MOIS, VEUILLEZ DONNER LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS.**

2. Nom - pers. à charge :				
Nom - médecin :				
Date - consultation :				
Raison - consultation :				
Conclusions et traitement :				

	OUI	NON	REMARQUES - Détails des réponses affirmatives (nom de la personne à charge, date, durée, résultats, nom des médecins)
3. Est-ce qu'une ou plusieurs des personnes à charge susmentionnées ont souffert d'une des affections suivantes ou été traitées pour l'une d'elles : douleur à la poitrine, trouble cardiaque, hypertension artérielle, cancer ou tumeur, diabète, arthrite, trouble nerveux, trouble pulmonaire, trouble de l'estomac ou du foie, trouble rénal ou urinaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Les personnes à charge susmentionnées souffrent-elles d'autres troubles, affections ou maladies ne figurant pas à la question 3?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Est-ce qu'une ou plusieurs des personnes à charge susmentionnées souffrent d'un problème de santé ou d'une maladie pour laquelle une consultation est prévue ou un traitement est considéré ou recommandé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Est-ce qu'une ou plusieurs des personnes à charge susmentionnées prennent actuellement des médicaments? (Si oui, en donner la raison, le nom, la concentration et la posologie mensuelle).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Est-ce qu'une ou plusieurs personnes à charge susmentionnées ont 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 leur a-t-on déjà dit qu'elles en étaient atteintes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Je, le (la) soussigné(e), déclare que les réponses aux questions ci-dessus 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 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. 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 de l'employé \_\_\_\_\_  
 Signature du (de la) conjoint(e) \_\_\_\_\_ Signature des enfants \_\_\_\_\_  
 (s'il y a lieu) (si âgés de plus de 18 ans)

**Veillez noter qu'il se peut que nous fassions un suivi auprès de vous pour obtenir plus de détails.**

