



NON-SMOKER QUESTIONNAIRE

PO BOX 220
MONCTON NB E1C 8L3
TEL: 1-800-667-4511 FAX: 506-869-9654

550 SHERBROOKE STREET WEST, SUITE L-15
MONTREAL QC H3A 6T6
TEL: 514-286-8454 FAX:514-286-8444

Employee Name: _____

Name of Member Applying: _____

Policy No.: _____ ID No.: _____

If the information supplied contains false or inaccurate statements, any life insurance arising from this application will be null and void.

1. Have you used nicotine or used any smoking cessation products in any form or used marijuana, hashish or other non-prescription inhaled drugs in the last 12 months? [] yes [] no

If no, complete the following:

Have you ever used nicotine in any form? [] yes [] no

If yes, when did you stop? _____

I, the undersigned, declare the answers to the above questions are complete and accurate and form part of an application for coverage with Blue Cross Life Insurance Company of Canada (Blue Cross Life) and/or Medavie Blue Cross. The information provided herein and collected in the future as part of the application process will be kept confidential and secure. This information will be used to determine eligibility for coverage, to administer the terms of my policy and to manage the Company's business. I authorize any physician, health practitioner, hospital, clinic, pharmacy or other medical or medically related facility, insurance company, government or regulatory authority or other organization, institute or person, that has any records or knowledge of me or my health, to give Blue Cross Life, Medavie Blue Cross or their reinsurer any such information. I further authorize Blue Cross Life and Medavie Blue Cross to disclose this information to each other, their reinsurer or to any third party when required to determine eligibility of the application. Medical information may also be released to my personal physician or other medical practitioner. This consent is valid for as long as the contract is in force, unless I revoke it in writing. I understand I may revoke my consent at any time; however, if consent is withheld or revoked the coverage may be denied or rescinded. I understand why my personal information is needed and am aware of the risks and benefits of consenting or refusing to consent. I can contact Medavie Blue Cross should I have questions as to the collection, use or disclosure of my personal information.

This consent complies with federal and provincial privacy laws. A photocopy of this authorization shall be as valid as the original.

Date: _____

Signature of Employee: _____

Signature of Proposed Insured: _____

Nom de l'employé : _____

Nom du requérant : _____

Numéro de police : _____ Numéro d'ID : _____

**Si les renseignements fournis contiennent de fausses déclarations,
toute assurance-vie résultant de la présente proposition sera nulle et non avenue.**

1. Avez-vous fait usage de nicotine, de produits pour cesser de fumer, de marijuana, de hachish ou de tout autre drogues inhalé non prescrit au cours des 12 derniers mois? oui non

Si non, répondre aux questions suivantes :

Avez-vous déjà fait usage de toute forme de nicotine? oui non

Si oui, quand avez-vous cessé de fumer? _____

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 de l'assuré proposé : _____