

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

Attention: Medical Underwriting

This questionnaire must be completed in part by your dependent's personal physician to assess his/her eligibility to be registered as a special dependent. Any associated costs will be the responsibility of the applicant. When completed, please mail or fax to Medavie Blue Cross.

Applicant Name: _____ Telephone Number: _____
(subscriber)

Dependent Name: _____ Identification number: _____

Date of Birth: _____

Subscriber Questionnaire**1. Is the dependent totally incapable of employment or attending school due to mental and/or physical disability?** Yes No If yes, please indicate the date the dependent became totally disabled. _____**2. Has there been an appointment granted for Power of Attorney for the dependent for whom you are applying?** Yes No If yes, please indicate the name of individual with Power of Attorney: _____**3. What assistance is required for the dependent to carry out the following activities of daily living: eating, dressing, bathing, ambulating, and toileting.**_____
_____**4. Where does the dependent reside?** Family residence Special care facility Other, please specify: _____

Physician's Questionnaire**1. Please state the diagnosis, the date diagnosed and details of treatment, including prescribed medication required.**_____

_____**2. Please describe any limitations of your patient's physical and/or mental capabilities. Are these limitations permanent or temporary? If temporary, is there an expected recovery date?**_____

Physician Identification – Name (please print): _____

Physician Signature: _____ Date: _____

I hereby authorize the above physician to complete this form and provide any records or knowledge of me or my health to Blue Cross Life Insurance Company of Canada and/or Medavie Blue Cross.

Subscriber Signature: _____ Date: _____
(or individual with Power of Attorney)Dependent Signature: _____
(if 18 years of age or over)

À l'attention du service de tarification médicale

Le présent questionnaire doit être rempli en partie par le médecin de votre personne à charge pour vérifier si elle peut être inscrite comme personne à charge spéciale. Les frais associés à l'obtention des renseignements médicaux sont à la charge du demandeur. Une fois le questionnaire rempli, veuillez l'envoyer par la poste ou par télécopieur à Croix Bleue Medavie.

Nom du demandeur : _____ Numéro de téléphone : _____
(souscripteur)

Nom de la personne à charge : _____ Numéro d'identification : _____

Date de naissance : _____

Questions pour le souscripteur

1. **Est-ce que la personne à charge est totalement incapable de travailler ou d'aller à l'école en raison d'une invalidité mentale ou physique ?** Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date à laquelle la personne est devenue totalement invalide. _____

2. **Est-ce qu'une procuration a été émise pour la personne à charge pour laquelle vous faites une demande ?** Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nom de la personne qui a été nommée : _____

3. **De quelle aide la personne à charge a-t-elle besoin pour exécuter les activités de la vie quotidienne suivantes : manger, se vêtir, se laver, se déplacer et faire sa toilette.**

4. **Où réside la personne à charge ?**

Résidence familiale Établissement de soins spéciaux Autre, veuillez préciser _____

Questions pour le médecin

1. **Veuillez indiquer le diagnostic, la date de ce dernier et les détails du traitement, incluant les médicaments d'ordonnance requis.**

2. **Veuillez décrire les limites physiques ou mentales de votre patient. Ces limites sont-elles permanentes ? Si elles sont temporaires, existe-t-il une date de rétablissement prévue ?**

Identification du médecin - Nom (veuillez écrire en caractère d'imprimerie) : _____

Signature du médecin : _____ Date : _____

J'autorise par la présente le médecin susmentionné à remplir le présent formulaire et à fournir des dossiers ou des renseignements sur moi ou ma santé à la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada ou à Croix Bleue Medavie.

Signature du souscripteur : _____ Date : _____
(ou personne faisant l'objet de la procuration)

Signature de la personne à charge : _____
(si elle est âgée de 18 ans et plus)