

1. Name: _____ Occupation: _____
Date of Birth: _____ Policyholder: _____ Policy No: _____
DD MM YY

2. Name and address of usual personal physician or medical clinic: _____

3. a) Family History:

	Age if Living	State of Health	Age at Death	Cause of Death
Father				
Mother				

b) Have any of your parents, brothers or sisters, before attaining age 60, ever had heart or kidney disease, mental or nervous disorder, or any inheritable disorder (such as Huntington's chorea or polycystic kidney disease)? Yes No If "Yes", give details: _____

c) What is your height? _____ d) Has your weight changed more than 4.5 kg or 10 lbs in the past year? Yes No
weight? _____ If "Yes", state amount and the reason: _____

	Yes	No	Remarks
4. Have you ever consulted a physician, been treated for, or had any known indication of: [Please circle applicable impairment(s)] chest pain, heart or circulatory disorder, high blood pressure, blood disorder, thyroid disorder, cancer, tumors, neurological disorder, convulsions, epilepsy, lung disorder, bowel disorder, liver disorder, kidney disorder, genital or urinary disorder, limb disorder, sight or hearing disorder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Details of "Yes" answers. Please use reverse of form for details to question # 5. (Date, duration, results, names of doctors)
5. Have you ever consulted a physician, been treated for, or had any known indication of: diabetes, asthma or bronchitis, ulcer or colitis, arthritis, nervous or mental disorder, back or neck disorder? If "yes" to any disorder(s), please refer to the back of this form and complete the applicable questionnaire(s).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Have you used any nicotine or used any smoking cessation products in any form in the past 12 months?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Are you currently taking any prescription medication? If yes, please indicate the reason, name, strength and quantity taken per month.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Have you ever requested or received a pension, benefits, or payment because of an injury, sickness or disability?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Have you ever used narcotics, hallucinogens or similar drugs, except as prescribed by a physician or been advised to reduce your consumption of alcohol or take treatment, including Alcoholics Anonymous, for alcoholism?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Have you ever been tested for, counselled for, treated for or told you have AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), ARC (AIDS Related Complex), HIV (Human Immunodeficiency Virus) or any other Immunological disorder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Do you currently have a referral, testing, treatment or investigation pending or contemplated, but not yet completed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Are you now under observation, receiving medical advice or under medical treatment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Have you, during the past 5 years been attended by a physician other than stated above, had any X-rays, electrocardiograms or other special medical tests performed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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 Atlantic Blue Cross Care. 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, to recommend suitable products and services to me 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, the Medical Information Bureau or other organization, institute or person, that has any records or knowledge of me or my health, to give Blue Cross Life, Atlantic Blue Cross Care or their reinsurer any such information. I further authorize Blue Cross Life and Atlantic Blue Cross Care 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 have received and read the attached notice form describing the procedures of the Medical Information Bureau. I can contact Atlantic Blue Cross Care at 1-800-667-4511 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 Applicant _____

FORM-019(E) 11/03

PLEASE DETACH AND RETAIN

Information regarding your insurability will be treated as confidential. Blue Cross Life Insurance Company of Canada or their reinsurer, may, however, make a brief report thereon to the Medical Information Bureau, a nonprofit membership organization of life insurance companies, which operates an information exchange on behalf of its members. If you apply to another bureau member company for life or health coverage, or a claim for benefits is submitted to such company, the Bureau, on request, will supply such company with the information it may have in its files.

Upon receipt of a request from you, the Bureau will arrange disclosure of any information it may have in your file. If you question the accuracy of information in the Bureau's files, you may contact the Bureau and seek a correction. The address of the Bureau's information office is:

Medical Information Bureau
330 University Avenue
Toronto, Ontario, M5G 1R7

Telephone: (416) 597-0590

Blue Cross Life Insurance Company of Canada or their reinsurer may also release information in its file to other life insurance companies to whom you may apply for life or health insurance, or to whom a claim for benefits may be submitted.

Applicant Name _____ Policy No. _____

1. DIABETES

- a) Date of onset of diabetes: _____
- b) Type of treatment: Insulin Oral Medication Diet
- c) Any history of diabetic comas or insulin reactions? No Yes No
If "Yes" give details.

- d) Do you follow a diabetic diet? Yes No
- e) Have you ever had any of the following: Yes No
 Eye Trouble Albumin in the urine
 Numbness or a tingling sensation in the limbs. **Give full details**
including name and address of doctor(s) consulted for these conditions.

2. ASTHMA OR BRONCHITIS

- a) Type: asthma bronchitis
- b) Severity: mild moderate severe
- c) Duration of attacks or episodes: _____
- d) Frequency of attacks or episodes: _____
- e) Date of last attack: _____
- f) Any hospitalization required? Yes No

- g) Type of treatment: _____
- h) Any loss of time from work? Yes No
If "Yes", give details and duration

3. ULCER OR COLITIS

- a) Type: 1. Ulcer - Duodenal Gastric
2. Colitis - Ulcerative Mucus Spastic
- b) Frequency of attacks or episodes: _____
- c) Date of last attack or episode: _____
- d) Any hemorrhage (bleeding)? _____
- e) Type of surgery (if required)? _____

- f) Type of treatment: _____
- g) Any loss of time from work? Yes No
If "Yes", give details and duration.

4. ARTHRITIS

- a) Type: Rheumatoid Osteoarthritis Gout Rheumatism
- b) Date of onset: _____
- c) Frequency of attacks or episodes: _____
- d) Type of treatment: _____
- e) Any loss of time from work? Yes No
If "Yes", give details and duration.

- f) What joints are affected and present condition regarding pain, deformity, limitations of movement:

5. NERVOUS OR MENTAL DISORDER

- a) Type of symptoms: Weight Loss Depression Insomnia
 Suicidal Thoughts Fatigue Nervousness Anxiety Phobia
- b) What was the cause? _____

- c) Date of onset: _____
- d) Date of last attack or episode: _____

- e) Type and duration of treatment: _____
- f) Any hospitalization required? Yes No
- g) Date and duration of any time off work required: _____
- h) Name and address of physician(s) consulted: _____

6. BACK OR NECK DISORDER

- a) What area of the back was involved: Neck Middle (Thoracic)
 Low (Lumbo Sacral)
- b) What was the cause? _____

- c) Date of first attack or episode: _____
- d) Date of last attack or episode: _____
- e) Frequency of attacks or episodes: _____
- f) Type of treatment: _____
- g) Any loss of time from work? Yes No
If "Yes", give details and duration.

- h) Have you had any X-rays or other investigation of your back? If "Yes", give date, results and name of physician.

- i) Any surgery performed or anticipated? If "Yes", give date and results.

- j) What is your present condition regarding pain, limitation of movement and activity?

I, the undersigned, declare that the answers to the above questions are full, complete and true, are correctly recorded and are in continuance of and form part of an application for benefits to Blue Cross Life Insurance Company of Canada and/or Atlantic Blue Cross Care.

Date _____ Signature of Applicant _____

1. Nom : _____ Profession : _____

Date de naissance : _____ Titulaire de la police : _____ N° de la police : _____
 JJ MM AA

2. Nom et adresse de votre médecin habituel ou de la clinique médicale : _____

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 soeur a, avant l'âge de 60 ans, souffert d'un problème cardiaque ou rénal, d'une maladie mentale, de troubles nerveux ou d'une maladie héréditaire (exemples : chorée de Huntington ou maladie des reins polykystique)? Oui Non Si oui, donnez les détails :

c) Quelle est votre taille (hauteur)? _____ d) Au cours de la dernière année, avez-vous connu un changement de poids d'au moins 4,5 kilos ou 10 livres? oui non Si oui, combien et donnez-en la raison : _____
 votre poids? _____

	oui non	Remarques
4. Avez-vous déjà consulté un médecin ou suivi un traitement pour l'une ou l'autre des maladies énumérées ci-dessous ou en présentiez-vous les symptômes? (Encercler la (les) maladie(s) en question.) Douleurs à la poitrine, troubles cardiaques ou de la circulation, hypertension artérielle, désordre sanguin, troubles de la thyroïde, cancer, tumeur, trouble pulmonaire, trouble neurologique, convulsion, épilepsie, troubles intestinaux, affection du foie, troubles rénaux, troubles génitaux ou urinaires, affection des membres, troubles de la vue ou de l'ouïe?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Détails des réponses affirmatives. Vous reporter au verso pour les détails à la question 5. (Date, durée, résultats, nom des médecins)
5. 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 ou colite, arthrite, désordre mental ou nerveux, affection du dos ou du cou? Si vous avez répondu oui à cette question, veuillez remplir le ou les questionnaire(s) pertinent(s) au verso.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
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"/>	
7. Prenez-vous actuellement des médicaments sur ordonnance? Si oui, donnez la raison, le nom du médicament, sa concentration et la quantité à prendre par mois.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8. 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"/>	
9. Avez-vous déjà fait usage de stupéfiants, d'hallucinogènes ou d'autres drogues semblables non prescrites par un médecin ou vous a-t-on déjà conseillé de réduire votre consommation d'alcool ou de suivre des traitements pour l'alcoolisme, y compris les Alcooliques Anonymes?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
10. Avez-vous déjà passé des examens, consulté un médecin ou suivi un traitement pour le SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise), le SAS (para-sida), le HIV (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"/>	
11. Êtes-vous en attente d'une consultation médicale, devez-vous passer des tests, des traitements, des analyses ou un examen en profondeur ou attendez-vous les résultats de tests, d'analyses ou d'un examen en profondeur.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
12. Êtes-vous présentement sous observation médicale, sous les soins d'un médecin ou suivez-vous un traitement médical?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
13. Au cours des 5 dernières années, avez-vous consulté un médecin pour une raison autre que celles divulguées ci-dessus, passé des radiographies, électrocardiogrammes ou tout autre examen médical spécial?	<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 Service Croix Bleue de l'Atlantique. 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, à me recommander des produits et services 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, 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, Service Croix Bleue de l'Atlantique, ou leur réassureur. J'autorise aussi la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada et Service Croix Bleue de l'Atlantique à communiquer ces renseignements l'un à l'autre, à leur réassureur ou à toute tierce partie lorsque c'est 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 du Bureau des renseignements médicaux. Si j'ai des questions sur la collecte, l'utilisation ou la communication de mes renseignements personnels, je peux communiquer avec Service Croix Bleue de l'Atlantique 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 proposant _____

FORM-019(F) 11/03

DÉTACHER ET CONSERVER

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 au Bureau des renseignements médicaux, 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 du Bureau, le Bureau fournira sur demande à cette compagnie toute l'information au dossier.

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

Bureau de renseignements médicaux
 330, avenue University
 Toronto (Ontario) M5G 1R7

Numéro de téléphone : (416) 597-0590

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.

Nom du proposant _____ Numéro de la police _____

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) Durée des attaques ou des crises : _____
- d) Fréquence des attaques ou des crises : _____
- e) Date de la dernière crise : _____
- f) Hospitalisation requise? oui non
- g) Type de traitement : _____
- h) Avez-vous déjà été absent(e) du travail? oui non
Si oui, donnez la période d'absence et les détails. _____

3. ULCÈRE OU COLITE

- a) Type : 1. ulcère - duodénal gastrique
2. colite - ulcéreuse fonctionnelle spasmodique
- 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 les détails. _____

4. ARTHRITE

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

5. DÉSDORDRE 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) Fréquence des attaques et des crises : _____
- e) Type de 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 ET DU COU

- a) De quelle partie du dos s'agit-il : cou (région cervicale) milieu du dos (région dorsale) bas du dos (région lombaire)
- b) Quelle en est la cause? _____
- c) Date de la première attaque ou crise : _____
- d) Date de la dernière attaque ou crise : _____
- e) Fréquence des attaques ou crises : _____
- f) Type de traitement : _____
- g) Avez-vous déjà été absent(e) du travail? oui non
Si oui, donnez la période d'absence et les détails. _____
- h) Avez-vous passé des radiographies ou d'autres examens du dos? Si oui, donnez la date, les résultats et le nom du médecin. _____
- i) Une chirurgie a-t-elle été pratiquée ou est-elle prévue? Si oui, donnez la date, et les résultats. _____
- j) Décrivez l'état actuel de la douleur, de toute limitation des mouvements ou des activités. _____

Je, soussigné(e), déclare que les réponses aux questions qui précèdent sont complètes, véridiques et transcrites fidèlement, qu'elles font partie de la demande de protection présentée à la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada ou à Service Croix Bleue de l'Atlantique.

Date _____ Signature du proposant _____