

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

EMPLOYEE NAME: _____ POLICY NO.: _____

DATE OF BIRTH: _____ (DD/MM/YYYY)

DEPENDENT MEDICAL HISTORY

PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING FOR YOUR DEPENDENTS

1.	First Name	Birth Date			Height	Weight	Name of Personal Physician
		DD	MM	YYYY			
	Spouse						
	Children						

**PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING FOR ANY LISTED DEPENDENT WHO HAS CONSULTED
A PHYSICIAN WITHIN THE LAST 6 MONTHS.**

2.	Name of Dependent(s):				
	Name of Physician:				
	Date Consulted:				
	Reason Consulted:				
	Findings and Treatment:				

	YES	NO	REMARKS - Details of "YES" answers (Name of dependent, date, duration, results, names of physicians)
3. Has any listed dependent ever had or been treated for: (please circle applicable disorder) chest pain, heart disorder, high blood pressure, cancer or tumors, diabetes, arthritis, nervous disorder, lung disorder, stomach or liver disorder, kidney or urinary disorder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Do any of the listed dependents have any impairments, diseases or illnesses not named in question 3?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Do any of the listed dependents have any condition or illness for which consultation or treatment is contemplated or has been advised?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Are any listed dependents currently taking any medication? (If yes, please indicate reason, name, strength, and quantity taken per month.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Has any listed dependent ever been tested for, counselled for, treated for or told he/she has AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), ARC (Aids Related Complex), HIV (Human Immunodeficiency Virus)	<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 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, 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, 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 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 _____

Spouse Signature (If spouse is applying) _____

* not applicable in Ontario or Quebec.

NOM DE L'EMPLOYÉ(E) : _____ N° DE LA POLICE : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ (JJ/MM/AAAA)

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX - PERSONNES À CHARGE

VEUILLEZ DONNER LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS SUR LES PERSONNES À VOTRE CHARGE.

1.	Prénom	Date de naissance			Taille (hauteur)	Poids	Nom du médecin
		JJ	MM	AAAA			
	Conjoint						
	Enfants						

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 de médecins)
3. Est-ce qu'une ou plusieurs des personnes à charge susmentionnées a souffert d'une des affections suivantes ou été traitée pour l'une d'elles : douleurs à la poitrine, troubles cardiaques, pression artérielle élevée, cancer ou tumeurs, diabète, arthrite, désordre nerveux, troubles pulmonaires, troubles de l'estomac ou du foie, troubles rénaux ou urinaires? (Encerclez le problème de santé.)	<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 a souffert d'un problème de santé ou d'une maladie pour lequel une consultation est prévue ou un traitement considéré ou recommandé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Est-ce qu'une ou plusieurs des personnes à charge susmentionnées prend actuellement des médicaments? Si oui, en donner la raison, le nom, la concentration et la quantité à prendre par mois.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Est-ce qu'une ou plusieurs des personnes à charge susmentionnées a passé un test, été traitée par un médecin ou consulté un médecin pour le SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise), le SAS (syndrome associé au SIDA), le virus HIV (virus d'immunodéficience humaine) ou pour tout autre trouble immunologique, ou été informée qu'elle en était atteinte?	<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, 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, 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 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. 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 du proposant _____

Signature du (de la) conjoint(e) (s'il y a lieu) _____

* Ne s'applique pas en Ontario ni au Québec.