CROIX BLEUE MEDAVIE

100-1981 AV MCGILL COLLEGE
MONTRÉAL QC H3A 3A7

DÉCLARATION DE SANTÉ ASSURANCE COLLECTIVE

AVIS : TOUTE DEMANDE INCOMPLÈTE OU OMISSION DE RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS OCCASIONNERA DES DÉLAIS SUPPLÉMENTAIRES DANS L'ÉTUDE DE VOTRE DOSSIER.

SECTION A

N° de contrat : _____ N° de section : _____ No. d'ID : _____

SECTION B - INFORMATION DE L'EMPLOYÉ(E)

Nom : _____ Prénom : _____

Lieu de naissance : _____ Occupation : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : Résidence : _____ Bureau : _____

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____ Âge : _____ Sexe : ☐ M ☐ F

Quelle est votre taille (hauteur)?_____cm_____pi_____po

votre poids?_____kg _____lb

Au cours de la dernière année, avez-vous perdu plus de 4,5 kilos ou 10 livres? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, combien et donnez-en la raison : _____

SECTION C - À REMPLIR SI L'ASSURANCE DEMANDÉE EST POUR PERSONNE(S) À CHARGE

CONJOINT :

Nom : _____ Prénom : _____

Lieu de naissance : _____ Occupation : _____

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____ Âge : _____ Sexe : ☐ M ☐ F

Quelle est votre taille (hauteur)?_____cm_____pi_____po

votre poids?_____kg _____lb

Au cours de la dernière année, avez-vous perdu plus de 4,5 kilos ou 10 livres? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, combien et donnez-en la raison : _____

ENFANT(S) :

Nom	Prénom(s)	Sexe M	Sexe F	Date de naissance Jour	Mois	Année	Âge	Taille (pi. po./cm)	Poids actuel (lb/kilo)
		☐	☐						
		☐	☐						
		☐	☐						

SECTION D - POUR CHAQUE RÉPONSE AFFIRMATIVE AUX QUESTIONS SUIVANTES, IDENTIFIEZ LA PERSONNE ET DONNEZ DES EXPLICATIONS À LA SECTION E.

Au cours de votre vie, avez-vous déjà été soignée pour l'une ou l'autre des maladies énumérées ci-dessous ou en avez-vous ressenti les symptômes ?	Employé(e) Oui	Employé(e) Non	PERS. À CHARGE Oui	PERS. À CHARGE Non
1. **Système cardiovasculaire :** Douleur dans la poitrine, palpitations, pression artérielle élevée, rhumatisme articulaire aigu, souffle au coeur, crise cardiaque ou autre trouble du coeur ou des vaisseaux sanguins.	☐	☐	☐	☐
2. **Système respiratoire :** Asthme, apnée du sommeil, bronchite chronique, emphysème, crachement de sang, tuberculose ou trouble respiratoire.	☐	☐	☐	☐
3. **Système digestif :** Colite, maladie de Crohn, ulcère hémorragie intestinale ou gastrique, ou autre trouble de l'estomac, de la vésicule biliaire, du foie (hépatite, cirrhose) ou des intestins.	☐	☐	☐	☐
4. **Système génito-urinaire :** Sucre, albumine, sang ou pus dans l'urine, ou autre trouble des reins, de la vessie, de la prostate ou des organes génitaux.	☐	☐	☐	☐
5. **Système endocrinien :** Diabète, trouble de la thyroïde ou autre affection endocrinienne.	☐	☐	☐	☐
6. **Système musculo-squelettique :** Rhumatisme, arthrite, goutte, ou affection des muscles ou des os, y compris la colonne vertébrale, le dos, trouble au cou et les articulations.	☐	☐	☐	☐
7. **Système nerveux :** Convulsions, épilepsie, céphalée, paralysie, maladie dégénérative, dépression ou autre désordre mental ou nerveux.	☐	☐	☐	☐
8. **Système immunologique :** Avez-vous déjà eu ou vous a-t-on déjà dit que vous aviez une des affections suivantes, ou avez-vous subi des tests ou reçu des conseils médicaux pour une ou l'autre de celles-ci :				
a) SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise), ou tout autre trouble immunologique ?	☐	☐	☐	☐
b) Hypertrophie des ganglions lymphatiques (glandes), diarrhée chronique, lésions peu communes ou tenaces, infections d'origine inconnue ?	☐	☐	☐	☐
9. **Généralités :** Abus de drogues, anémie ou autre maladie du sang, kyste, tumeur, cancer ou autre désordre physique ou mental non mentionné ci-dessus.	☐	☐	☐	☐
10. Avez vous été conseillé de réduire votre consommation d'alcool ou déjà reçu un traitement pour l'alcool ou la toxicomanie (y compris les Alcooliques Anonymes)	☐	☐	☐	☐

SECTION E - DÉTAILS DES RÉPONSES AFFIRMATIVES

N° de la question	Nom de la personne	Maladie, opération, examens traitements, médicaments, résultats	Date	Durée de la maladie	Nom et adresse des médecins et hôpitaux. Précisez : si hospitalisé(e) (combien de temps), traité(e) en clinique externe ou au bureau.

MC Marque de commerce déposée de l'Association canadienne des Croix Bleue, utilisée avec autorisation par Croix Bleue Medavie, une association des sociétés Croix Bleue indépendantes.
* Marque déposée de l'Association canadienne des Croix Bleue. † Marque déposée de la Blue Cross Blue Shield Association.

FORM-560F 11/20

COMPTE RENDU D'ENQUÊTE ET ÉCHANGE DE RENSEIGNEMENTS

À DÉTACHER ET À REMETTRE À L'EMPLOYÉ(E)

SECTION F - POUR CHAQUE RÉPONSE AFFIRMATIVE AUX QUESTIONS SUIVANTES, IDENTIFIEZ LA PERSONNE ET DONNEZ DES EXPLICATIONS À LA SECTION G.

Au cours des cinq dernières années, avez-vous :	**Employé(e)**		**Pers. à charge**	
	Oui	**Non**	**Oui**	**Non**
1. consulté, été examiné(e) ou soigné(e) par un médecin ou autre praticien?	○	○	○	○
2. reçu des traitements dans un hôpital, une clinique, un sanatorium, ou autre établissement médical?	○	○	○	○
3. passé un électrocardiogramme?	○	○	○	○
4. passé une radiographie pulmonaire?	○	○	○	○
5. passé des analyses de laboratoire ou autres examens à des fins de diagnostic?	○	○	○	○
6. demandé ou touché une pension pour une blessure corporelle ou une invalidité?	○	○	○	○
7. été avisé(e) de vous soumettre à un examen, une hospitalisation ou une opération, ce qui n'aurait pas encore été fait?	○	○	○	○

SECTION G - DÉTAILS DES RÉPONSES AFFIRMATIVES DE LA SECTION F

N° de la question	Nom de la personne	Maladie, opération, examens traitements, médicaments, résultats	Date	Durée de la maladie	Nom et adresse des médecins et hôpitaux. Précisez : si hospitalisé(e) (combien de temps), traité(e) en clinique externe ou au bureau.

SECTION H - PRÉSENTEMENT

1. Recevez-vous les soins d'un médecin ? Employé(e) : ○ Oui ○ Non Personne à charge : ○ Oui ○ Non
2. Nom et adresse du médecin qui a votre dossier médical _____
3. Prenez-vous des médicaments ? Employé(e) : ○ Oui ○ Non Personne à charge : ○ Oui ○ Non
4. Si oui, le nom, la puissance, la quantité par jour et depuis quand vous en faites usage _____

SECTION I

1. Faites-vous ou avez-vous déjà fait usage de toute forme de nicotine, cigares, pipes, boissons alcoolisées, stupéfiants ou autres drogues ? ○ Oui ○ Non

Si oui, indiquer la quantité par semaine	Cigarettes		Cigares		Pipes		Boissons alcoolisées		Stupéfiants ou autres drogues	
	Présent	Passé	Présent	Passé	Présent	Passé	Présent	Passé	Présent	Passé
Employé(e)										
Pers. à charge										

2. Si c'est le cas, indiquez le date à laquelle vous en avez cessé de fumer : _____

SECTION J - ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

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, d'un cancer du colon ou du sein, ou d'une maladie héréditaire (exemples : chorée de Huntington ou maladie polykystique des reins) ?
○ Oui ○ Non Si oui, donnez les détails :

Membre de la famille (mère, père, frère, soeur)	âge au début de la maladie	Nom de la maladie (type de cancer, maladie cardiaque ou rénal, etc)	Si vous avez été examiné pour cette maladie, indiquez la date et les résultats (si aucun examen n'a été effectué, indiquez «aucun»

Je, le (la) soussigné(e), déclare que les réponses aux questions ci-dessus et à celles au verso 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 l'entreprise. 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, MIB inc. (autrefois connu comme 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, à Croix Bleue Medavie, ou à 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. J'autorise également la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada et Croix Bleue Medavie à remettre un court rapport sur mes renseignements de santé personnels à MIB. 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 de MIB. 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 cette autorisation est tout aussi valide que l'original.

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

Date _____

VEUILLEZ DÉTACHER CETTE PARTIE ET LA CONSERVER

L'information au sujet de votre assurabilité sera traitée de façon confidentielle. La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada[MD] ou son réassureur, pourront toutefois faire un bref rapport à ce sujet au MIB Inc. (Medical Information Bureau), organisme sans but lucratif de centralisation et d'échange de renseignements à l'intention des compagnies d'assurance vie qui en sont membres. Si vous faites une demande auprès d'une autre compagnie membre du MIB pour de l'assurance vie, de l'assurance invalidité ou de l'assurance maladie, ou qu'une demande de règlement ou de prestations est soumise à une telle compagnie, le MIB soumettra à cette dernière, sur demande, l'information qu'il pourrait avoir dans ses dossiers. À la réception d'une demande de votre part, le MIB vous permettra de prendre connaissance de tous les renseignements qu'il détient à votre sujet. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements contenus à votre dossier, vous pouvez faire apporter des corrections en vous adressant à MIB Inc. Des renseignements à l'intention des consommateurs au sujet du MIB sont disponibles sur le site Web au www.mib.com.

MIB, inc.
50, Braintree Hill Park, Bureau 400
Braintree MA 02184-8734
Site Web www.mib.com

La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada ou son réassureur pourront aussi communiquer les renseignements qu'ils ont sur vous aux autres compagnies auprès desquelles vous demanderiez à souscrire une assurance vie ou une assurance maladie, ou auxquelles vous présenteriez une demande de règlement ou de prestations.