

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	ion ·				No d	'ID ·					
SECTION B - INFORMATION DE L'EMPLOYÉ(E)	1011				110. u						
Nom :				Prénom :							
Lieu de naissance :											
Adresse :				<u>'</u>							
Ville : Provi				Code post	tal :						
Téléphone : Résidence :				Bureau : _							
Date de naissance (JJ/MM/AAAA):				Âge :			Sexe:	м 🗆 ғ	=		
Quelle est votre taille (hauteur)?cmpipo	Αυ	cours	de la dern	nière année	e, avez-vous	perdu plus	de 4,5 kilos	ou 10 livr	es? 🛮 O	ui 🛭 Nor	ı
votre poids?kglb	Sic	oui, co	ombien et d	donnez-en	la raison : .						
SECTION C - À REMPLIR SI L'ASSURANCE DEMANDÉE	EST	POU	JR PERSO	ONNE(S)	À CHARG	Ε					
CONJOINT:				D /							
Nom:											
Lieu de naissance :											
Date de naissance (JJ/MM/AAAA):											
Quelle est votre taille (hauteur)?cmpipo	Αυ	cours	de la dern	nière année	e, avez-vous	perdu plus	de 4,5 kilos	ou 10 livr	es? 📙 O	ui 💄 Nor	ı
votre poids? kglb ENFANT(S) :	Sic	oui, co	mbien et d	donnez-en	la raison : .						
Nom Prénom(s)	Se	ν <sub>Ω</sub>	Dat	e de naissa	ance	Âge		Doids	actuel		
rioni Frenonio	М	F	Jour	Mois	Année	Age	Taille (pi. po./cr			Poids actuel (lb/kilo)	
											-
SECTION D - POUR CHAQUE RÉPONSE AFFIRMATI			LIECTIO					ONINE E		VIEZ DE	
SECTION D - POUR CHAQUE REPONSE AFFIRMATI											
EXPLICATIONS À LA SECTION E.	, L A	υλ ψ	UESTIO	NS SUIVA	ANTES, IDI	ENTIFIEZ	LA PERSO	ONNE E	I DON	NEZ DE:	5
EXPLICATIONS À LA SECTION E. Au cours de votre vie, avez-vous déjà été soignée pour l'une ou									oyé(e)	PERS. À C	
EXPLICATIONS À LA SECTION E.  Au cours de votre vie, avez-vous déjà été soignée pour l'une ou ressenti les symptômes ?	l'autr	e des	maladies	énumérée	s ci-dessou	s ou en ave	ez-vous	Emplo Oui	oyé(e) Non	PERS. À C Oui	CHARGE Non
EXPLICATIONS À LA SECTION E.  Au cours de votre vie, avez-vous déjà été soignée pour l'une ou ressenti les symptômes ?  1. Système cardiovasculaire : Douleur dans la poitrine, palpito aigu, souffle au coeur, crise cardiaque ou autre trouble du co	<b>l'autr</b> ations, peur o	e des press ou des	<b>maladies</b> sion artérie vaisseaux	<b>énumérée</b> elle élevée, sanguins.	s <b>ci-dessou</b> , rhumatism	<b>s ou en av</b> o	<b>ez-vous</b> re	Emple Oui	oyé(e) Non	PERS. À C Oui	CHARGE Non
EXPLICATIONS À LA SECTION E.  Au cours de votre vie, avez-vous déjà été soignée pour l'une ou ressenti les symptômes ?  1. Système cardiovasculaire: Douleur dans la poitrine, palpita aigu, souffle au coeur, crise cardiaque ou autre trouble du coeur, crise cardiaque ou autre trouble du coeur, crise cardiaque ou outre trouble du coeur course de la somme	l'autro ations, peur o hroniq	press u des ue, en	maladies sion artérie vaisseaux nphysème,	<b>énumérée</b> elle élevée, sanguins. crachemer	s ci-dessou , rhumatism nt de sang, t	s ou en ave e articulain uberculose	<b>ez-vous</b> re	Emplo Oui	oyé(e) Non	PERS. À C Oui	CHARGE Non
EXPLICATIONS À LA SECTION E.  Au cours de votre vie, avez-vous déjà été soignée pour l'une ou ressenti les symptômes ?  1. Système cardiovasculaire: Douleur dans la poitrine, palpito aigu, souffle au coeur, crise cardiaque ou autre trouble du coeur. Système respiratoire: Asthme, apnée du sommeil, bronchite cou trouble respiratoire.  3. Système digestif: Colite, maladie de Crohn, ulcère hémorro	l'autro ations, peur o hroniq	e des press ou des jue, en	maladies sion artérie vaisseaux nphysème, aale ou gas	<b>énumérée</b> elle élevée, sanguins. crachemer	s ci-dessou , rhumatism nt de sang, t	s ou en ave e articulain uberculose	<b>ez-vous</b> re	Emple Oui	oyé(e) Non	PERS. À C Oui	CHARGE Non
EXPLICATIONS À LA SECTION E.  Au cours de votre vie, avez-vous déjà été soignée pour l'une ou ressenti les symptômes?  1. Système cardiovasculaire: Douleur dans la poitrine, palpita aigu, souffle au coeur, crise cardiaque ou autre trouble du course y système respiratoire: Asthme, apnée du sommeil, bronchite cla ou trouble respiratoire.  3. Système digestif: Colite, maladie de Crohn, ulcère hémorra l'estomac, de la vésicule biliaire, du foie (hépatite, cirrhose) de Système génito-urinaire: Sucre, albumine, sang ou pus dans de la vésicule de la vésicule de la vésicule sur la fuel de la vésicule biliaire, du foie (hépatite, cirrhose) de la vésicule du foie (hépatite, cirrhose) de la vésicule du foie (hépatite, cirrhose) de la vésicule du foie	l'autra ations, peur o hroniq agie in pu des	e des press ou des que, en atestin s intes	maladies sion artérie vaisseaux nphysème, aale ou gas tins.	énumérée elle élevée, sanguins. crachemer strique, ou	rs ci-dessou , rhumatism nt de sang, t autre troub	s ou en avo e articulaio uberculose ole de	<b>ez-vous</b> re	Emple Ovi	oyé(e) Non	PERS. À C Oui	CHARGE Non
Au cours de votre vie, avez-vous déjà été soignée pour l'une ou ressenti les symptômes ?  1. Système cardiovasculaire : Douleur dans la poitrine, palpite aigu, souffle au coeur, crise cardiaque ou autre trouble du co ou trouble respiratoire : Asthme, apnée du sommeil, bronchite cl ou trouble respiratoire.  3. Système digestif : Colite, maladie de Crohn, ulcère hémorre l'estomac, de la vésicule biliaire, du foie (hépatite, cirrhose) de Système génito-urinaire : Sucre, albumine, sang ou pus dan de la prostate ou des organes génitaux.	l'autro deur o hroniq agie in ou des s l'urir	e des press ou des jue, en atestin s intes ne, ou	maladies sion artérie vaisseaux nphysème, aale ou gas tins. autre trou	énumérée elle élevée, sanguins. crachemer strique, ou uble des rei	rs ci-dessou , rhumatism nt de sang, t autre troub	s ou en avo e articulaio uberculose ole de	<b>ez-vous</b> re	Emplo Ovi	oyé(e) Non	PERS. À C Oui	CHARGE Non
EXPLICATIONS À LA SECTION E.  Au cours de votre vie, avez-vous déjà été soignée pour l'une ou ressenti les symptômes?  1. Système cardiovasculaire: Douleur dans la poitrine, palpito aigu, souffle au coeur, crise cardiaque ou autre trouble du coeur, système respiratoire: Asthme, apnée du sommeil, bronchite cle ou trouble respiratoire.  3. Système digestif: Colite, maladie de Crohn, ulcère hémorre l'estomac, de la vésicule biliaire, du foie (hépatite, cirrhose) of the système génito-urinaire: Sucre, albumine, sang ou pus dans de la prostate ou des organes génitaux.  5. Système endocrinien: Diabète, trouble de la thyroïde ou au 6. Système musculo-squelettique: Rhumatisme, arthrite, gout	l'autro ations, peur o hroniq agie in pu des s l'urir atre af te, ou	e des press ou des jue, en atestin s intes ne, ou	maladies sion artérie vaisseaux nphysème, aale ou gas tins. autre trou n endocrir	énumérée elle élevée, sanguins. crachemer strique, ou oble des rei	s ci-dessou , rhumatism nt de sang, t autre troub ins, de la ve	s ou en ava e articulain uberculose ole de	<b>ez-vous</b> re	Emplo Oui	oyé(e) Non	PERS. À C Oui	CHARGE Non
EXPLICATIONS À LA SECTION E.  Au cours de votre vie, avez-vous déjà été soignée pour l'une ou ressenti les symptômes?  1. Système cardiovasculaire: Douleur dans la poitrine, palpito aigu, souffle au coeur, crise cardiaque ou autre trouble du co ou trouble respiratoire: Asthme, apnée du sommeil, bronchite cl ou trouble respiratoire.  3. Système digestif: Colite, maladie de Crohn, ulcère hémorre l'estomac, de la vésicule biliaire, du foie (hépatite, cirrhose) de la prostate ou des organes génitaux.  5. Système endocrinien: Diabète, trouble de la thyroïde ou au de la prostate ou des organes génitaux.  6. Système musculo-squelettique: Rhumatisme, arthrite, gout la colonne vertébrale, le dos, trouble au cou et les articulaties.  7. Système nerveux: Convulsions, épilepsie, céphalée, paralys	l'autre ations, peur o hroniq agie in pu des s l'urir atre af te, ou pons.	press ou des jue, en atestin s intes ne, ou affectio	maladies sion artérie vaisseaux nphysème, vale ou gas tins. autre trou n endocrir tion des m	énumérée elle élevée, sanguins. crachemer strique, ou uble des rei nienne. uscles ou c	s ci-dessou , rhumatism at de sang, tr autre troub ins, de la ve des os, y cor	s ou en ave e articulain uberculose ole de ossie, mpris	<b>ez-vous</b> re	Emple Oui	oyé(e) Non	PERS.À C Ovi	CHARGE Non
EXPLICATIONS À LA SECTION E.  Au cours de votre vie, avez-vous déjà été soignée pour l'une ou ressenti les symptômes?  1. Système cardiovasculaire: Douleur dans la poitrine, palpita aigu, souffle au coeur, crise cardiaque ou autre trouble du co ou trouble respiratoire: Asthme, apnée du sommeil, bronchite cl ou trouble respiratoire.  3. Système digestif: Colite, maladie de Crohn, ulcère hémorre l'estomac, de la vésicule biliaire, du foie (hépatite, cirrhose) de la prostate ou des organes génitaux.  5. Système endocrinien: Diabète, trouble de la thyroïde ou au de la prostate ou des organes génitaux.  6. Système musculo-squelettique: Rhumatisme, arthrite, gout la colonne vertébrale, le dos, trouble au cou et les articulaties.  7. Système nerveux: Convulsions, épilepsie, céphalée, paralys désordre mental ou nerveux.	l'autrons, peur o hronique des s'urir otre afte, ou ons.	press ou des jue, en atestin s intes ne, ou affection aladie	maladies sion artérie vaisseaux nphysème, vale ou gas tins. autre trou n endocrir tion des m dégénéra	énumérée elle élevée, sanguins. crachemer strique, ou uble des rei nienne. uscles ou c tive, dépre	s ci-dessou , rhumatism at de sang, tr autre troub ins, de la ve des os, y cor	s ou en ave e articulain uberculose ole de ossie, mpris	<b>ez-vous</b> re	Emple Oui	oyé(e) Non	PERS. À C Oui	CHARGE Non
EXPLICATIONS À LA SECTION E.  Au cours de votre vie, avez-vous déjà été soignée pour l'une ou ressenti les symptômes?  1. Système cardiovasculaire: Douleur dans la poitrine, palpita aigu, souffle au coeur, crise cardiaque ou autre trouble du ca 2. Système respiratoire: Asthme, apnée du sommeil, bronchite clou trouble respiratoire.  3. Système digestif: Colite, maladie de Crohn, ulcère hémorre l'estomac, de la vésicule biliaire, du foie (hépatite, cirrhose) a cla prostate ou des organes génitaux.  5. Système endocrinien: Diabète, trouble de la thyroïde ou au 6. Système endocrinien: Diabète, trouble de la thyroïde ou au 6. Système endocrinien: Diabète, trouble au cou et les articulaties.  7. Système nerveux: Convulsions, épilepsie, céphalée, paralys désordre mental ou nerveux.  8. Système immunologique: Avez-vous déjà eu ou vous a-t-on suivantes, ou avez-vous subi des tests ou reçu des conseils m	l'autriutions, peur o hroniq agie in ou des s l'urir utre af te, ou ons. déjà c dédica	e des press u des uue, en itestin s intes ne, ou affectio affecti aladie	maladies sion artérie vaisseaux nphysème, aale ou gas tins. autre trou n endocrir tion des m dégénéra e vous avie	énumérée elle élevée, sanguins. crachemer strique, ou uble des rei nienne. uscles ou c tive, dépre ez une des l'autre de c	s ci-dessou , rhumatism at de sang, tr autre troub ins, de la ve des os, y cor ession ou au affections celles-ci:	s ou en ave e articulain uberculose ole de ossie, mpris	<b>ez-vous</b> re	Emple Oui	oyé(e) Non	PERS. À C Oui	CHARGE Non
Au cours de votre vie, avez-vous déjà été soignée pour l'une ou ressenti les symptômes ?  1. Système cardiovasculaire: Douleur dans la poitrine, palpita aigu, souffle au coeur, crise cardiaque ou autre trouble du co trouble respiratoire: Asthme, apnée du sommeil, bronchite cl ou trouble respiratoire.  3. Système digestif: Colite, maladie de Crohn, ulcère hémorre l'estomac, de la vésicule biliaire, du foie (hépatite, cirrhose) de la prostate ou des organes génitaux.  5. Système endocrinien: Diabète, trouble de la thyroïde ou au de la prostate ou des organes génitaux.  5. Système musculo-squelettique: Rhumatisme, arthrite, gout la colonne vertébrale, le dos, trouble au cou et les articulaties.  7. Système nerveux: Convulsions, épilepsie, céphalée, paralys désordre mental ou nerveux.  8. Système immunologique: Avez-vous déjà eu ou vous a-t-on suivantes, ou avez-vous subi des tests ou reçu des conseils mans al SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise), ou tou b) Hypertrophie des ganglions lymphatiques (glandes),	utions, oeur o o oeur o o hronique in ou des s l'urir utre aftete, ou ons. déjà c dédica ut autre utre utre aftete, ou ons.	presss pressuudes uudes en utestin is intes intestin difectio affe	maladies sion artérie vaisseaux nphysème, aale ou gas tins. autre trou n endocrir tion des m dégénéra e vous avie ur une ou bble immur	énumérée elle élevée, sanguins. crachemer strique, ou uble des rei nienne. uscles ou c tive, dépre ez une des l'autre de c nologique s	s ci-dessou , rhumatism at de sang, tr autre troub ins, de la ve des os, y cor ession ou au affections celles-ci:	s ou en ave e articulain uberculose ole de ossie, mpris	ez-vous	Emple Oui	oyé(e) Non	PERS. À C Oui	CHARGE Non
Au cours de votre vie, avez-vous déjà été soignée pour l'une ou ressenti les symptômes ?  1. Système cardiovasculaire: Douleur dans la poitrine, palpita aigu, souffle au coeur, crise cardiaque ou autre trouble du co u trouble respiratoire: Asthme, apnée du sommeil, bronchite ci ou trouble respiratoire.  3. Système digestif: Colite, maladie de Crohn, ulcère hémorre l'estomac, de la vésicule biliaire, du foie (hépatite, cirrhose) de la prostate ou des organes génitaux.  5. Système ediocrinien: Diabète, trouble de la thyroïde ou au de la prostate ou des organes génitaux.  5. Système endocrinien: Diabète, trouble de la thyroïde ou au de la colonne vertébrale, le dos, trouble au cou et les articulaties.  7. Système nerveux: Convulsions, épilepsie, céphalée, paralys désordre mental ou nerveux.  8. Système immunologique: Avez-vous déjà eu ou vous a-t-on suivantes, ou avez-vous subi des tests ou reçu des conseils mandiscription des ganglions lymphatiques (glandes), infections d'origine inconnue?	l'autra poeur o proniq agie in pou des s l'urir utre afi tte, ou pons. cie, mo déjà c dédica tt autra diarrh	presss u des uue, en atestin s intes ne, ou affectio affectial aladie uux po ee trou hée ch	maladies sion artérie vaisseaux nphysème, ale ou gas tins. autre trou n endocrir tion des m dégénéra e vous avie ur une ou uble immur	énumérée elle élevée, sanguins. crachemer strique, ou uble des rei nienne. uscles ou c tive, dépre ez une des l'autre de c nologique ? ésions peu	s ci-dessou , rhumatism at de sang, tr autre troub ins, de la ve des os, y cor ession ou au affections celles-ci : communes	s ou en ave e articulain uberculose ole de ossie, mpris	ez-vous	Emple Oui	oyé(e) Non	PERS.À C Oui	CHARGE Non
Au cours de votre vie, avez-vous déjà été soignée pour l'une ou ressenti les symptômes ?  1. Système cardiovasculaire : Douleur dans la poitrine, palpito aigu, souffle au coeur, crise cardiaque ou autre trouble du co ou trouble respiratoire : Asthme, apnée du sommeil, bronchite cl ou trouble respiratoire.  3. Système digestif : Colite, maladie de Crohn, ulcère hémorre l'estomac, de la vésicule biliaire, du foie (hépatite, cirrhose) de la prostate ou des organes génitaux.  5. Système génito-urinaire : Sucre, albumine, sang ou pus dans de la prostate ou des organes génitaux.  5. Système endocrinien : Diabète, trouble de la thyroïde ou au de la colonne vertébrale, le dos, trouble au cou et les articulaties.  7. Système nerveux : Convulsions, épilepsie, céphalée, paralys désordre mental ou nerveux.  8. Système immunologique : Avez-vous déjà eu ou vous a-t-on suivantes, ou avez-vous subi des tests ou reçu des conseils manunologique : Avez-vous déjà eu ou vous a-t-on suivantes, ou avez-vous subi des tests ou reçu des conseils manunologique : Avez-vous déjà eu ou vous a-t-on suivantes, ou avez-vous subi des tests ou reçu des conseils manunologique : Avez-vous déjà eu ou vous a-t-on suivantes, ou avez-vous subi des tests ou reçu des conseils manunologique : Avez-vous déjà eu ou vous a-t-on suivantes, ou avez-vous subi des tests ou reçu des conseils manunologique : Avez-vous déjà eu ou vous a-t-on suivantes, ou avez-vous subi des tests ou reçu des conseils manunologique : Avez-vous déjà eu ou vous a-t-on suivantes, ou avez-vous subi des tests ou reçu des conseils manunologique : Avez-vous déjà eu ou vous a-t-on suivantes, ou avez-vous subi des tests ou reçu des conseils manunologique : Avez-vous déjà eu ou vous a-t-on suivantes, ou avez-vous subi des tests ou reçu des conseils manunologique : Avez-vous déjà eu ou vous a-t-on suivantes, ou avez-vous subi des tests ou reçu des conseils manunologique : Avez-vous déjà eu ou vous a-t-on suivantes des des des des des des des des des d	utions, peur o hroniq agie in ou des s l'urir utre af te, ou ons. déjà c déjà c did autre d'autre af te autre autre autre autre diarrh	e des presss uu des iuue, en atestin s intes ne, ou affectio affec	maladies sion artérie vaisseaux nphysème, ale ou gas tins. autre trou n endocrir tion des m dégénéra e vous avie ur une ou bble immur nronique, le	énumérée elle élevée, sanguins. crachemer strique, ou uble des rei nienne. uscles ou c tive, dépre ez une des l'autre de c nologique s ésions peu	s ci-dessou , rhumatism at de sang, tr autre troub ins, de la ve des os, y cor ession ou au affections celles-ci: ? communes	e articulainuberculose ole de essie, mpris tre	ez-vous	Emple Ovi	oyé(e) Non	PERS. À C Oui	CHARGE Non
Au cours de votre vie, avez-vous déjà été soignée pour l'une ou ressenti les symptômes ?  1. Système cardiovasculaire : Douleur dans la poitrine, palpito aigu, souffle au coeur, crise cardiaque ou autre trouble du co ou trouble respiratoire : Asthme, apnée du sommeil, bronchite cl ou trouble respiratoire.  3. Système digestif : Colite, maladie de Crohn, ulcère hémorre l'estomac, de la vésicule biliaire, du foie (hépatite, cirrhose) de la prostate ou des organes génitaux.  5. Système génito-urinaire : Sucre, albumine, sang ou pus dans de la prostate ou des organes génitaux.  5. Système endocrinien : Diabète, trouble de la thyroïde ou au de la colonne vertébrale, le dos, trouble au cou et les articulaties.  7. Système nerveux : Convulsions, épilepsie, céphalée, paralys désordre mental ou nerveux.  8. Système immunologique : Avez-vous déjà eu ou vous a-t-on suivantes, ou avez-vous subi des tests ou reçu des conseils mans al SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise), ou tou b) Hypertrophie des ganglions lymphatiques (glandes), infections d'origine inconnue ?  9. Généralités : Abus de drogues, anémie ou autre maladie du	utions, peur o hroniq agie in ou des s l'urir utre af te, ou ons. déjà c déjà c did autre d'autre af te autre autre autre autre diarrh	e des presss uu des iuue, en atestin s intes ne, ou affectio affec	maladies sion artérie vaisseaux nphysème, ale ou gas tins. autre trou n endocrir tion des m dégénéra e vous avie ur une ou bble immur nronique, le	énumérée elle élevée, sanguins. crachemer strique, ou uble des rei nienne. uscles ou c tive, dépre ez une des l'autre de c nologique s ésions peu	s ci-dessou , rhumatism at de sang, tr autre troub ins, de la ve des os, y cor ession ou au affections celles-ci: ? communes	e articulainuberculose ole de essie, mpris tre	ez-vous	Emple Oui	oyé(e) Non	PERS.À C Oui	CHARGE Non
Au cours de votre vie, avez-vous déjà été soignée pour l'une ou ressenti les symptômes ?  1. Système cardiovasculaire : Douleur dans la poitrine, palpito aigu, souffle au coeur, crise cardiaque ou autre trouble du co ou trouble respiratoire : Asthme, apnée du sommeil, bronchite cl ou trouble respiratoire.  3. Système digestif : Colite, maladie de Crohn, ulcère hémorre l'estomac, de la vésicule biliaire, du foie (hépatite, cirrhose) de la prostate ou des organes génitaux.  5. Système génito-urinaire : Sucre, albumine, sang ou pus dans de la prostate ou des organes génitaux.  5. Système endocrinien : Diabète, trouble de la thyroïde ou au de la colonne vertébrale, le dos, trouble au cou et les articulaties.  7. Système nerveux : Convulsions, épilepsie, céphalée, paralys désordre mental ou nerveux.  8. Système immunologique : Avez-vous déjà eu ou vous a-t-on suivantes, ou avez-vous subi des tests ou reçu des conseils man a) SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise), ou tou b) Hypertrophie des ganglions lymphatiques (glandes), infections d'origine inconnue ?  9. Généralités : Abus de drogues, anémie ou autre maladie du désordre physique ou mental non mentionné ci-dessus.  10. Avez vous été conseillé de réduire votre consommation d'alconte de la course des conseils man desordre physique ou mental non mentionné ci-dessus.	utions, peur o hroniq agie in ou des s l'urir utre af te, ou ons. déjà c déjà c did autre d'autre af te autre autre autre autre diarrh	e des presss uu des iuue, en atestin s intes ne, ou affectio affec	maladies sion artérie vaisseaux nphysème, ale ou gas tins. autre trou n endocrir tion des m dégénéra e vous avie ur une ou bble immur nronique, le	énumérée elle élevée, sanguins. crachemer strique, ou uble des rei nienne. uscles ou c tive, dépre ez une des l'autre de c nologique s ésions peu	s ci-dessou , rhumatism at de sang, tr autre troub ins, de la ve des os, y cor ession ou au affections celles-ci: ? communes	e articulainuberculose ole de essie, mpris tre	ez-vous	Emple Ovi	oyé(e) Non	PERS. À C Oui	CHARGE Non
Au cours de votre vie, avez-vous déjà été soignée pour l'une ou ressenti les symptômes?  1. Système cardiovasculaire: Douleur dans la poitrine, palpito aigu, souffle au coeur, crise cardiaque ou autre trouble du cou trouble respiratoire: Asthme, apnée du sommeil, bronchite cle ou trouble respiratoire.  3. Système digestif: Colite, maladie de Crohn, ulcère hémorre l'estomac, de la vésicule biliaire, du foie (hépatite, cirrhose) de la prostate ou des organes génitaux.  5. Système edigentio-urinaire: Sucre, albumine, sang ou pus dans de la prostate ou des organes génitaux.  5. Système endocrinien: Diabète, trouble de la thyroïde ou au la colonne vertébrale, le dos, trouble au cou et les articulaties.  7. Système nerveux: Convulsions, épilepsie, céphalée, paralys désordre mental ou nerveux.  8. Système immunologique: Avez-vous déjà eu ou vous a-t-on suivantes, ou avez-vous subi des tests ou reçu des conseils man a) SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise), ou tou b) Hypertrophie des ganglions lymphatiques (glandes), infections d'origine inconnue?  9. Généralités: Abus de drogues, anémie ou autre maladie du désordre physique ou mental non mentionné ci-dessus.  10. Avez vous été conseillé de réduire votre consommation d'alcontonie de la Nom de la personne Maladie, opération, ex	l'autrations, poeur o hroniq agie in bu des s l'urir afte, ou ons. déjà c déjà c autra diarrh diarrh diarrh autra diarrh a	presss presss uu des uue, en atestin s intes ne, ou affectio affectio affectio affectio dit que e trou hée ch	maladies sion artérie vaisseaux nphysème, ale ou gas tins. autre trou n endocrir tion des m dégénéra e vous avie ur une ou bble immur nronique, le	énumérée elle élevée, sanguins. crachemer strique, ou uble des rei nienne. uscles ou c tive, dépre ez une des l'autre de c nologique s ésions peu cancer ou c	s ci-dessou , rhumatism at de sang, t autre troub ins, de la ve des os, y cor ession ou au affections celles-ci: ? communes autre pour l'alcool	e articulainuberculose ole de ossie, mpris tre ou tenace	ez-vous re	Emple Oui	oyé(e) Non	PERS. À C Oui	CHARGE Non
Au cours de votre vie, avez-vous déjà été soignée pour l'une ou ressenti les symptômes?  1. Système cardiovasculaire: Douleur dans la poitrine, palpito aigu, souffle au coeur, crise cardiaque ou autre trouble du co ou trouble respiratoire: Asthme, apnée du sommeil, bronchite cl ou trouble respiratoire.  3. Système digestif: Colite, maladie de Crohn, ulcère hémorre l'estomac, de la vésicule biliaire, du foie (hépatite, cirrhose) de la prostate ou des organes génitaux.  5. Système génito-urinaire: Sucre, albumine, sang ou pus dans de la prostate ou des organes génitaux.  5. Système endocrinien: Diabète, trouble de la thyroïde ou au la colonne vertébrale, le dos, trouble au cou et les articulaties.  7. Système nerveux: Convulsions, épilepsie, céphalée, paralys désordre mental ou nerveux.  8. Système immunologique: Avez-vous déjà eu ou vous a-t-on suivantes, ou avez-vous subi des tests ou reçu des conseils mande au surveux des ganglions lymphatiques (glandes), infections d'origine inconnue?  9. Généralités: Abus de drogues, anémie ou autre maladie du désordre physique ou mental non mentionné ci-dessus.  10. Avez vous été conseillé de réduire votre consommation d'alcontonie (y compris les Alcooliques Anonymes)	l'autrations, poeur o hroniq agie in bu des s l'urir afte, ou ons. déjà c déjà c autra diarrh diarrh diarrh autra diarrh a	presss presss uu des uue, en atestin s intes ne, ou affectio affectio affectio affectio dit que e trou hée ch	maladies sion artérie vaisseaux nphysème, ale ou gas tins. autre trou n endocrir tion des m dégénéra e vous avie ur une ou bble immur nronique, la reçu un tr	énumérée elle élevée, sanguins. crachemer strique, ou uble des rei nienne. uscles ou c tive, dépre ez une des l'autre de c nologique s ésions peu cancer ou c	s ci-dessou , rhumatism at de sang, t autre troub ins, de la ve des os, y cor ession ou au affections celles-ci: ? communes autre pour l'alcool	e articulainuberculose ole de ossie, mpris tre ou tenace	ez-vous re	Emplo Oui	oyé(e) Non	PERS. À C Oui	CHARGE Non
Au cours de votre vie, avez-vous déjà été soignée pour l'une ou ressenti les symptômes?  1. Système cardiovasculaire: Douleur dans la poitrine, palpito aigu, souffle au coeur, crise cardiaque ou autre trouble du co ou trouble respiratoire: Asthme, apnée du sommeil, bronchite cl ou trouble respiratoire.  3. Système digestif: Colite, maladie de Crohn, ulcère hémorre l'estomac, de la vésicule biliaire, du foie (hépatite, cirrhose) de la prostate ou des organes génitaux.  5. Système endocrinien: Diabète, trouble de la thyroïde ou au de la prostate ou des organes génitaux.  5. Système endocrinien: Diabète, trouble de la thyroïde ou au de la colonne vertébrale, le dos, trouble au cou et les articulaties.  7. Système nerveux: Convulsions, épilepsie, céphalée, paralys désordre mental ou nerveux.  8. Système immunologique: Avez-vous déjà eu ou vous a-t-on suivantes, ou avez-vous subi des tests ou reçu des conseils man a) SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise), ou tou b) Hypertrophie des ganglions lymphatiques (glandes), infections d'origine inconnue?  9. Généralités: Abus de drogues, anémie ou autre maladie du désordre physique ou mental non mentionné ci-dessus.  10. Avez vous été conseillé de réduire votre consommation d'alcontoure des la	l'autrations, poeur o hroniq agie in bu des s l'urir afte, ou ons. déjà c déjà c déjà c autra diarrh diarrh diarrh autra diarrh diarrh autra diarrh diarrh autra diarrh autra diarrh autra diarrh autra diarrh autra	presss presss uu des uue, en atestin s intes ne, ou affectio affectio affectio affectio dit que e trou hée ch	maladies sion artérie vaisseaux nphysème, ale ou gas tins. autre trou n endocrir tion des m dégénéra e vous avie ur une ou bble immur nronique, la reçu un tr	énumérée elle élevée, sanguins. crachemer strique, ou uble des rei nienne. uscles ou c tive, dépre ez une des l'autre de c nologique s ésions peu cancer ou c	s ci-dessou , rhumatism at de sang, t autre troub ins, de la ve des os, y cor ession ou au affections celles-ci: ? communes autre pour l'alcool	e articulainuberculose ole de ossie, mpris tre ou tenace	ez-vous re	Emplo Oui	oyé(e) Non	PERS. À C Oui	CHARGE Non
Au cours de votre vie, avez-vous déjà été soignée pour l'une ou ressenti les symptômes?  1. Système cardiovasculaire: Douleur dans la poitrine, palpito aigu, souffle au coeur, crise cardiaque ou autre trouble du co ou trouble respiratoire: Asthme, apnée du sommeil, bronchite cl ou trouble respiratoire.  3. Système digestif: Colite, maladie de Crohn, ulcère hémorre l'estomac, de la vésicule biliaire, du foie (hépatite, cirrhose) de la prostate ou des organes génitaux.  5. Système endocrinien: Diabète, trouble de la thyroïde ou au de la prostate ou des organes génitaux.  5. Système endocrinien: Diabète, trouble de la thyroïde ou au de la colonne vertébrale, le dos, trouble au cou et les articulaties.  7. Système nerveux: Convulsions, épilepsie, céphalée, paralys désordre mental ou nerveux.  8. Système immunologique: Avez-vous déjà eu ou vous a-t-on suivantes, ou avez-vous subi des tests ou reçu des conseils man a) SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise), ou tou b) Hypertrophie des ganglions lymphatiques (glandes), infections d'origine inconnue?  9. Généralités: Abus de drogues, anémie ou autre maladie du désordre physique ou mental non mentionné ci-dessus.  10. Avez vous été conseillé de réduire votre consommation d'alcontoure des la	l'autrations, poeur o hroniq agie in bu des s l'urir afte, ou ons. déjà c déjà c déjà c autra diarrh diarrh diarrh autra diarrh diarrh autra diarrh diarrh autra diarrh autra diarrh autra diarrh autra diarrh autra	presss presss uu des uue, en atestin s intes ne, ou affectio affectio affectio affectio dit que e trou hée ch	maladies sion artérie vaisseaux nphysème, ale ou gas tins. autre trou n endocrir tion des m dégénéra e vous avie ur une ou bble immur nronique, la reçu un tr	énumérée elle élevée, sanguins. crachemer strique, ou uble des rei nienne. uscles ou c tive, dépre ez une des l'autre de c nologique s ésions peu cancer ou c	s ci-dessou , rhumatism at de sang, t autre troub ins, de la ve des os, y cor ession ou au affections celles-ci: ? communes autre pour l'alcool	e articulainuberculose ole de ossie, mpris tre ou tenace	ez-vous re	Emplo Oui	oyé(e) Non	PERS. À C Oui	CHARGE Non
Au cours de votre vie, avez-vous déjà été soignée pour l'une ou ressenti les symptômes?  1. Système cardiovasculaire: Douleur dans la poitrine, palpito aigu, souffle au coeur, crise cardiaque ou autre trouble du co ou trouble respiratoire: Asthme, apnée du sommeil, bronchite cl ou trouble respiratoire.  3. Système digestif: Colite, maladie de Crohn, ulcère hémorre l'estomac, de la vésicule biliaire, du foie (hépatite, cirrhose) de la prostate ou des organes génitaux.  5. Système endocrinien: Diabète, trouble de la thyroïde ou au de la prostate ou des organes génitaux.  5. Système endocrinien: Diabète, trouble de la thyroïde ou au de la colonne vertébrale, le dos, trouble au cou et les articulaties.  7. Système nerveux: Convulsions, épilepsie, céphalée, paralys désordre mental ou nerveux.  8. Système immunologique: Avez-vous déjà eu ou vous a-t-on suivantes, ou avez-vous subi des tests ou reçu des conseils man a) SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise), ou tou b) Hypertrophie des ganglions lymphatiques (glandes), infections d'origine inconnue?  9. Généralités: Abus de drogues, anémie ou autre maladie du désordre physique ou mental non mentionné ci-dessus.  10. Avez vous été conseillé de réduire votre consommation d'alcontoure des la	l'autrations, poeur o hroniq agie in bu des s l'urir afte, ou ons. déjà c déjà c déjà c autra diarrh diarrh diarrh autra diarrh diarrh autra diarrh diarrh autra diarrh autra diarrh autra diarrh autra diarrh autra	presss presss uu des uue, en atestin s intes ne, ou affectio affectio affectio affectio dit que e trou hée ch	maladies sion artérie vaisseaux nphysème, ale ou gas tins. autre trou n endocrir tion des m dégénéra e vous avie ur une ou bble immur nronique, la reçu un tr	énumérée elle élevée, sanguins. crachemer strique, ou uble des rei nienne. uscles ou c tive, dépre ez une des l'autre de c nologique s ésions peu cancer ou c	s ci-dessou , rhumatism at de sang, t autre troub ins, de la ve des os, y cor ession ou au affections celles-ci: ? communes autre pour l'alcool	e articulainuberculose ole de ossie, mpris tre ou tenace	ez-vous re	Emplo Oui	oyé(e) Non	PERS. À C Oui	CHARGE Non

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 indépendante

\* Marque déposée de l'Association canadienne des Croix Bleue

\* Marque déposée de l'Association

\* Marque déposée de l'Association canadienne des Croix Bleue

\* Marque déposée de l'Association





## COMPTE RENDU D'ENQUÊTE ET ÉCHANGE DE RENSEIGNEMENTS

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

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 qu 'original. Signature du (de la)	Au cours des cina dernières années avez-vous		ET	
1	AU COUTS des chiq dei nieres diniees, dvez-vous :	I .		_
Nom de la personne   Metindic, spération, common   Date   Durée de la   Nom et edecane de métidene et hépiteux   Calullah   Nom et edecane de l'empli, trotéré   Prévous : si happelaiséé (comben de l'empli, trotéré   nombre et l'empli, trotéré   Nom et adresse du médicin qui a votre dousier médicin   Nom   Personne à charge :   Oui   Non   Nom   Nom et adresse du médicin qui a votre dousier médicin   Si soul, le norm, la puissence, la quantité per jour et depuis quand vous en fraites usage   SECTION   Nom et adresse du médicin qui a votre dousier médicin   Si soul, le norm, la puissence, la quantité per jour et depuis quand vous en fraites usage   SECTION   Nom	<ol> <li>consulté, été examiné(e) ou soigné(e) par un médecin ou autre praticien?</li> <li>reçu des traitements dans un hôpital, une clinique, un sanatorium, ou autre établissement médical?</li> <li>passé un électrocardiogramme?</li> <li>passé une radiographie pulmonaire?</li> <li>passé des analyses de laboratoire ou autres examens à des fins de diagnostic?</li> <li>demandé ou touché une pension pour une blessure corporelle ou une invalidité?</li> <li>été avisé(e) de vous soumettre à un examen, une hospitalisation ou une opération, ce qui</li> </ol>			
section   troitements, médicoments, médicome	SECTION G - DÉTAILS DES RÉPONSES AFFIRMATIVES DE LA SECTION F	'		
1. Recevez-vous las sains d'un médecin ? Employé(a):  Oui  Non Personne à charge :  Oui  Non 2. Nom et adresses du médecin qui a votre dessier médecil 3. Prenez-vous des médicaments ? Employé(a):  Oui  Non Personne à charge :  Oui  Non 4. Si oui, le non. la puissance, la quantité par jour et depuis quand vous en faites usage  SECTION 1  Si oui, le non. la puissance, la quantité par jour et depuis quand vous en faites usage  SECTION 1  Si oui, indiquer la Cigarettes Cigares Pipos Baissons alcoolisées Stupéliants ou autres dragues ?  Oui  Non  Si oui, indiquer la Cigarettes Cigares Pipos Baissons alcoolisées Stupéliants ou rutres dragues ?  Oui  Non  Si oui, indiquer la Cigarettes Cigares Pipos Baissons alcoolisées Stupéliants ou rutres dragues ?  Oui  Non  Employé(a) Présent Passé Présent P	N° de la Nom de la personne question     Maladie, opération, examens traitements, médicaments,     Date maladie     Durée de la nom et companie maladie     Nom et companie maladie	spitalisé(e) (	combien de te	emps), traité(e)
1. Recevez-vous las sains d'un médecin ? Employé(a):  Oui  Non Personne à charge :  Oui  Non 2. Nom et adresses du médecin qui a votre dessier médecil 3. Prenez-vous des médicaments ? Employé(a):  Oui  Non Personne à charge :  Oui  Non 4. Si oui, le non. la puissance, la quantité par jour et depuis quand vous en faites usage  SECTION 1  Si oui, le non. la puissance, la quantité par jour et depuis quand vous en faites usage  SECTION 1  Si oui, indiquer la Cigarettes Cigares Pipos Baissons alcoolisées Stupéliants ou autres dragues ?  Oui  Non  Si oui, indiquer la Cigarettes Cigares Pipos Baissons alcoolisées Stupéliants ou rutres dragues ?  Oui  Non  Si oui, indiquer la Cigarettes Cigares Pipos Baissons alcoolisées Stupéliants ou rutres dragues ?  Oui  Non  Employé(a) Présent Passé Présent P	SECTION L. DDÉSENTEMENT			
1. Faites-vous au avez-vous déjà fait usage de toute forme de nicotine, cigares, pipes, boissons alcoolisées, stupéfants ou autres dragues?   Si oui, indiquer la quantité par semaine    Cigarettes   Cigares   Pipes   Boissons alcoolisées   Stupéfants ou autres dragues	<ol> <li>Nom et adresse du médecin qui a votre dossier médical</li> <li>Prenez-vous des médicaments? Employé(e): ☐ Oui ☐ Non Personne à charge: ☐ Oui ☐ Non</li> </ol>			
Si oui, indiquer la quantité par semaine    Cigarettes   Passé   Présent   Passé   P	SECTION I			
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 6O 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) ?  Ou il Non Si oui, dannez les détails :  Membre de la famille (mère, père, frère, soeur) Membre de la famille (mère, père, frère, soeur) Mombre de la maladie cardiaque ou rénal, etc)  Non de la maladie (type de cancer, maladie cardiaque ou rénal, etc)  Formal de la 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 «aucuns elle 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 lemeureront confidentiels et privés. Ces renseignements serviront à déterminer l'admissibilité à la protection, à administrar les modalités de ma police et à gérer les d'înières de entreprise. Jautoris te out médice, tout professionnel de la sonst, teut béptiel, boute clainque, toute pharmacie ou tout autre réablissement médical ou connexe, toute compagni Cassurance, le gouvernement ou les autorités de réglementation, MB inc. (quirefois connu comme le Bureau des renseignements médicau ou un autre organisme, établissement ou personne grant des dossiers ou des renseignements sur our au sandié à lournir lesditis renseignements la médicau ou connece vie Croix Bleue de Canada, ou un autre organisme, établissement ou personne synt des dossiers ou des dernes étailes de vour une sandié à ournir lesditis renseignements fine médicau ou un autre organisme de la sonsit, teut hépite, la voir lesditis renseignements in médicau ou un autre reposité de vourie les de la mentale de la conseque de Canada, ou la l'	Si oui, indiquer la Cigarettes Cigares Pipes Boissons al quantité par semaine	coolisées	Stupéfian dro	ts ou autres gues
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 concer du colon ou du sein, ou d'une maladie héréditaire (exemples : chorée de Huntington ou maladie polykystique des reins)?    Oui		Passé	Present	Passe
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)?    Qui   Non Si oui, donnez les détails :    Membre de la famille (mère, père, frère, soeur)   de la maladie   Nom de la maladie (type de cancer, maladie, révente, soeur)   de la maladie cardiaque ou rénal, etc)   Si vous avez été examiné pour cette maladie, indiquez «aucun»   résultats (si aucun examen n'a été effectué, indiquez «aucun»   r	Pers. à charge			
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) ?    Qui   Non Si oui, donnez les détails :    Membre de la famille   âge au début   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»	2. Si c'est le cas, indiquez le date à laquelle vous en avez cessé de fumer :			
troubles nerveux, d'un cancer du colon ou du sein, ou d'une ma ladie héréditaire (exemples : chorée de Huntington ou maladie polykystique des reins)?    Membre de la famille   de la maladie   de la maladie   Nom de la maladie (type de cancer, maladie (rière, père, frère, soeur)   de la maladie   Nom de la maladie (type de cancer, maladie (rière, père, frère, soeur)   de la maladie   Nom de la maladie (type de cancer, maladie (rière, père, frère, soeur)   de la compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada ou de Croix Bleue Medavie, Les renseignements déjt fournis et recueillis à l'avenir dans le cadre d'une demande de protection aupri le la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada ou de Croix Bleue Medavie, Les renseignements déjt fournis et recueillis à l'avenir dans le cadre d'une demande 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 compagni 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 na santé à fournir lesdits renseignements à la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada et Croix Bleue Medavie à communiquer ces renseignements ou à lout etre réassureur. Jautorise de junt l'autorise également la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada et Croix Bleue Medavie à communiquer ces renseignements ou no discus de leur réassureur ou à toute tierce partie lorsque nécessaire pour déterminer l'admissibilité. De contra test en vigueur, à moins que je ne l'annule par écri le comprends que je peux annuler mon consentement en tout temps. Toutefois, si je refuse de donner mon consentement en tout temps. Toutefois, si je refuse de donner mon consentement en tout temps. Toutefois, si je refuse de donner mon consentement en tout temps routefours et miles. Si jai des que suite et de la vieu priv				
e, 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 auprie le 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 le meureront 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 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 assurance, le gouvernement ou les autorités de réglementation, Mil Binc. (autrefois connu comme le Bureau des renseignements médicaul 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 et 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 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 nédecin ou à tout autre médecin. Jautorise également la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada et Croix Bleue Medavie à remettre un court rapport sur mes reneignements es anté personnels à MIB. Le présent énoncé de consentement est volled tant et aus longtemps que le controt est en vigueur, à moins que je ne l'annule par élegnements personnels à MIB. Le présent énoncé de consentement est volled tant et aus longtemps que le controt est en vigueur, à moins que je ne l'annule par élegnement se des avantépers des avantages d'accepter ou de féture que l'es soit de volue sont de volue de la volue de la verson de le sont de verson de le controt est en vigu	SECTION J - ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX			
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 compagré 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 médicaux) ou un autre organisme, établissement ou personne ayant des dossiers ou des renseignements sur moi ou ma santé à fournir lesdits renseignements médicaux ou un autre 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 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 écri le 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 m 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,	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'un troubles nerveux, d'un cancer du colon ou du sein, ou d'une maladie héréditaire (exemples : chorée de Huntington ou malad			)?
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 compagré 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 médicaux) ou un autre organisme, établissement ou personne ayant des dossiers ou des renseignements sur moi ou ma santé à fournir lesdits renseignements médicaux ou un autre 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 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 écri le 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 m 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,	Est-ce qu'un de vos parents, un frère ou une soeur a, avant l'âge de 6O ans, souffert d'un problème cardiaque ou rénal, d'un troubles nerveux, d'un cancer du colon ou du sein, ou d'une maladie héréditaire (exemples : chorée de Huntington ou malad Oui Non Si oui, donnez les détails :  Membre de la famille âge au début Nom de la maladie (type de cancer, Si vous avez été examiné pou	ie polykystic ur cette mala	que des reins) adie, indiquez	la date et les
Date	Est-ce qu'un de vos parents, un frère ou une soeur a, avant l'âge de 6O ans, souffert d'un problème cardiaque ou rénal, d'un troubles nerveux, d'un cancer du colon ou du sein, ou d'une maladie héréditaire (exemples : chorée de Huntington ou malad Oui Non Si oui, donnez les détails :  Membre de la famille âge au début Nom de la maladie (type de cancer, Si vous avez été examiné pou	ie polykystic ur cette mala	que des reins) adie, indiquez	la date et les
	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'un troubles nerveux, d'un cancer du colon ou du sein, ou d'une maladie héréditaire (exemples : chorée de Huntington ou maladie Oui Non Si oui, donnez les détails :    Membre de la famille   âge au début de la maladie (type de cancer, maladie (mère, père, frère, soeur)   âge au début de la maladie cardiaque ou rénal, etc)   Si vous avez été examiné pour résultats (si aucun exame de la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada ou de Croix Bleue Medavie. Les renseignements déjà fournis et recueillis à demeureront confidentiels et privés. Ces renseignements serviront à déterminer l'admissibilité à la protection, à administrer les modé le la Compagnie d'Assurance-vie Croix bleue du Canada ou de Croix Bleue Medavie. Les renseignements déjà fournis et recueillis à d'assurance, le gouvernement ou les autorités de réglementation, MIB inc. (autrefois connu comme le Bureau des renseignements d'assurance, le gouvernement ou les autorités de réglementation, MIB inc. (autrefois connu comme le Bureau des renseignements mément 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 et Croix Bleue Mediva, ou à leur réassureur. J'autorise aussi la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada et Croix Bleue Mediva, où à leur réassureur où à toute tierce partie lorsque nécessaire pour déterminer l'admissibilité. Des renseignements médice médecin où à tout autre médecin. J'autorise également la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada et Croix Bleue Medive seignements de santé personnels à MIB. Le présent énoncé de consentement est valide tant et aussi longtemps que le contrat est el comprends de santé personnels à MIB. Le présent énoncé de consentement est valide tant et aussi longtemps que le contrat est el comprends que je peux annuler mon consentement en tout temps. Toutefois, si je refuse d	t partie d'une t partie d'une l'avenir dans slités de ma p sement médicaux) ou un 'Assurance-vi davie à comm aux peuvent a ie à remettre vigueur, à m unule, la prote risques et des	e demande de se le cadre d'un- coal ou connext nautre organi ie Croix Bleue nuniquer ces re aussi être com e un court rappoins que je ne cetion peut m'ê s avantages d'un munication d	protection aupre e demande er les affaires de e, toute compagsme, établissedu Canada, à enseignements muniqués à mor port sur mes ren l'annule par écr tre refusée ou n'accepter ou de e mes

L'information au sujet de votre assurabilité sera traitée de façon confidentielle. La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada<sup>MD</sup> 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