

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

550 SHERBROOKE STREET WEST, SUITE L-15  
MONTREAL QC H3A 6T6  
TEL: 514-286-8454 FAX: 514-286-8444

EMPLOYEE NAME: \_\_\_\_\_

ADDRESS: \_\_\_\_\_

POLICY NO.: \_\_\_\_\_ ID NO.: \_\_\_\_\_

DATE OF BIRTH: \_\_\_\_\_ (DD/MM/YYYY)

**DEPENDENT MEDICAL HISTORY - PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING FOR YOUR DEPENDENTS**

1.	First Name	Surname	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 SIX 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 tumours, 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) or HIV (Human Immunodeficiency Virus) or any other immunological disorder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

I, the undersigned, declare the answers to the above questions and questions on reverse of this form 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 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, MIB, Inc. formally known as 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, 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 have received and read the attached notice form describing the procedures of MIB. I can contact Medavie Blue Cross 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 Employee \_\_\_\_\_

Spouse's Signature (If spouse is applying) \_\_\_\_\_ Children's Signature (If over 18 years) \_\_\_\_\_

™ The Blue Cross symbol and name are registered trademarks of the Canadian Association of Blue Cross Plans, used under licence by Medavie Blue Cross, an independent licensee of the Canadian Association of Blue Cross Plans.

FORM-049(B) 11/11

PLEASE DETACH AND RETAIN

**MIB PRE-NOTICE**

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 MIB, Inc, a non-profit membership organization of life insurance companies, which operates an information exchange on behalf of its members. If you apply to another MIB member company for life or health coverage, or a claim for benefits is submitted to such company, MIB, on request, will supply such company with the information it may have in its files.

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

MIB, Inc.  
330 University Avenue  
Toronto, Ontario M5G 1R7

Telephone: 416-597-0590  
Website: www.mib.com

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.

C.P. 220  
MONCTON, NB E1C 8L3  
TÉL. : 1-800-667-4511 TÉLÉC. : 506-869-9654

550, RUE SHERBROOKE OUEST, BUREAU L-15  
MONTRÉAL, QC H3A 6T6  
TÉL. : 514-286-8454 TÉLÉC. : 514-286-8444

NOM DE L'EMPLOYÉ : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE POLICE : \_\_\_\_\_ NUMÉRO D'ID : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA)

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX - PERSONNES À CHARGE - VEUILLEZ DONNER LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS SUR LES PERSONNES À VOTRE CHARGE.**

1.	Prénom	Nom	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 des médecins)
3.	Est-ce qu'une ou plusieurs des personnes à charge susmentionnées ont souffert d'une des affections suivantes ou été traitées pour l'une d'elles : douleur à la poitrine, trouble cardiaque, hypertension artérielle, cancer ou tumeur, diabète, arthrite, trouble nerveux, trouble pulmonaire, trouble de l'estomac ou du foie, trouble rénal ou urinaire?	<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 souffrent d'un problème de santé ou d'une maladie pour laquelle une consultation est prévue ou un traitement est considéré ou recommandé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Est-ce qu'une ou plusieurs des personnes à charge susmentionnées prennent actuellement des médicaments? (Si oui, en donner la raison, le nom, la concentration et la posologie mensuelle).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Est-ce qu'une ou plusieurs personnes à charge susmentionnées ont déjà passé des examens, consulté un médecin, ou suivi un traitement pour le SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise), le VIH (virus d'immunodéficience acquise) ou encore pour tout autre désordre immunologique, ou leur a-t-on déjà dit qu'elles en étaient atteintes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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 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, 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, 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 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 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 la présente autorisation a la même valeur que l'originale.

Date \_\_\_\_\_ Signature de l'employé \_\_\_\_\_

Signature du (de la) conjoint(e) \_\_\_\_\_ Signature des enfants \_\_\_\_\_  
(s'il y a lieu) (si âgés de plus de 18 ans)

MC Le symbole et le nom Croix Bleue sont des marques de commerce déposées de l'Association canadienne des Croix Bleue, utilisées sous autorisation avec permis de Croix Bleue Medavie, un titulaire de licence indépendant de l'Association canadienne des Croix Bleue.

FORM-049(B) 10/11

**DÉTACHER ET CONSERVER**

**PRÉAVIS MIB**

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 à MIB, 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 de MIB, MIB fournira sur demande à cette compagnie toute l'information au dossier.

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

MIB, Inc.  
330, avenue University  
Toronto, Ontario M5G 1R7

Numéro de téléphone : 416-597-0590  
Site Web : www.mib.com

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.