

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

1. Employee Name: _____ Occupation: _____

Date of Birth: _____ Place of Birth: _____ Name of member applying: _____
DD MM YY

Address: _____

Daytime Contact No: _____ Policy No. _____ ID No: _____

2. Name and address of usual personal physician or medical clinic: If none, please state so: _____

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, colon or breast cancer or any inheritable disorder (such as Huntington's chorea or polycystic kidney disease)? Yes No If "Yes", give details: _____

c) What is your height? _____ ft _____ in _____ cm d) Have you lost more than 4.5 kg or 10 lbs in the past year? Yes No
 Weight? _____ lbs _____ kg If "Yes", state amount and reason: _____

	Yes	No	Remarks
4. Have you ever consulted a physician, been treated for, or had any known indication of diabetes, asthma or bronchitis, ulcer, colitis or Crohn's, arthritis, nervous or mental disorder, back or neck disorder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	If "yes" to any disorder(s) in question 4, please circle applicable condition, refer to the back of this form and complete the applicable section(s).
5. Have you ever consulted a physician, been treated for, or had any known indication of chest pain, heart or circulatory disorder, high blood pressure, blood disorder, thyroid disorder, cancer, tumours, neurological disorder, convulsions, epilepsy, lung or breathing disorder, sleep apnea, bowel, stomach or gastrointestinal disorder, liver disorder, kidney disorder, prostate or urinary disorder, bone, muscle or joint disorder, sight or hearing disorder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Circle condition and provide details. (Date, Duration, Treatment and Current Status)
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"/>	Details
7. Are you currently taking any prescription medication? If yes, please indicate the reason, name, strength and dosage.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reason, Name, Strength and Dosage
8. Have you ever: a) used narcotics, hallucinogens or similar drugs except as prescribed by a physician, or b) been advised to reduce your consumption of alcohol or ever received treatment for drug or alcohol addiction (including Alcoholics Anonymous)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dates and Details
9. Have you ever requested or received a pension, benefits, or payment because of an injury, sickness or disability?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date, Reason, Duration and Current Status
10. Have you ever been tested for, counselled for, treated for or told you have AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), or HIV (Human Immunodeficiency Virus) or any other immunological disorder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dates and Details
11. Do you currently have a referral, testing, treatment or investigation pending or contemplated, but not yet completed, or are you aware of any symptoms or problems that require medical attention?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dates and Details
12. Within the past 5 years, have you had a medical condition or abnormal test results not already mentioned on this form?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dates and Details

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 Applicant _____

FORM-019(E) 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.

Please complete applicable section if you answered "Yes" to Question #4

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? 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) Date of onset of this condition: _____
- d) Frequency of symptoms or episodes (ie. weekly, monthly) : _____
- e) Date of any hospitalization or emergency room visits: _____

- f) Have you required the use of oral steroids (ie. Prednisone)?
 Yes No If "Yes", dates and duration: _____
- g) Have you ever been referred to a specialist or have you ever had a pulmonary function test? Yes No If "Yes", dates and details

3. ULCER, COLITIS OR CROHN'S

- a) Type: 1. Ulcer Duodenal Gastric
2. Colitis Ulcerative Mucus Spastic
3. Crohn's
- 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 date 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 dates 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: _____
- 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) Frequency of treatments: _____
- h) Date of last treatment: _____

- i) Any loss of time from work: Yes No
If "Yes" give date and duration _____
- j) Have you had any X-rays or other investigation of your back?
If "Yes" give date, results and name of physician

- k) Any surgery performed or anticipated? If "Yes" give date and results

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

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

1. Nom de l'employé : _____ Profession : _____

Date de naissance : _____ JJ MM AA Lieu de naissance : _____ Nom du requérant : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone (jour) : _____ Numéro de police : _____ Numéro d'ID : _____

2. Nom et adresse de votre médecin ou de votre clinique médicale habituelle : Si vous n'en avez pas, veuillez le préciser : _____

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 sœur 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 : _____

c) Quelle est votre taille (hauteur)? _____ cm _____ pi _____ po d) 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 :
votre poids? _____ kg _____ lb

	oui	non	Remarques
4. 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, colite ou maladie de Crohn, arthrite, désordre mental ou nerveux, affection du dos ou du cou?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si vous avez répondu oui à cette question, veuillez encercler la maladie applicable et remplir la ou les section(s) pertinente(s) au verso.
5. Avez-vous déjà consulté un médecin, suivi un traitement ou présenté des symptômes pour l'une ou l'autre des maladies suivantes : douleur à la poitrine, trouble cardiaque ou de la circulation, hypertension artérielle, désordre sanguin, trouble de la thyroïde, cancer, tumeur, trouble neurologique, convulsion, épilepsie, trouble pulmonaire ou respiratoire, apnée du sommeil, trouble intestinal, trouble gastrique ou gastrointestinal, trouble du foie, trouble rénal, trouble de prostate ou urinaire, trouble des os, des muscles ou des jointures, trouble de la vue ou de l'ouïe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Veuillez encercler la maladie applicable et fournir des détails. (Date, durée, traitement et état actuel).
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"/>	Détails
7. Prenez-vous actuellement des médicaments sur ordonnance? Si oui, donnez la raison, le nom du médicament, sa concentration et la posologie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Raison, nom du médicament, concentration et posologie
8. Avez-vous déjà a) fait usage de stupéfiants, d'hallucinogènes ou d'autres drogues semblables non prescrites par un médecin, ou b) vous a-t-on déjà conseillé de réduire votre consommation d'alcool ou de suivre des traitements pour l'alcoolisme ou la toxicomanie, y compris les Alcooliques Anonymes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dates et détails
9. 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"/>	Date, raison, durée et état actuel
10. Avez-vous 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 vous a-t-on déjà dit que vous en étiez atteint?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dates et détails
11. Êtes-vous en attente d'une consultation médicale, de tests, de traitements ou d'un examen qui n'ont pas été effectués ou ces derniers ont-ils été envisagés? Avez-vous des symptômes ou des problèmes qui doivent être vus par un médecin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dates et détails
12. Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu des troubles médicaux ou des résultats de test anormaux n'ayant pas encore été mentionnés dans ce formulaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dates et détails

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 du (de la) requérant(e) _____

FORM-019(F) 11/11

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.

Veillez remplir la section applicable si vous avez répondu « oui » à la question numéro 4.

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) Date du début de la maladie : _____
- d) Fréquence des symptômes ou des épisodes : _____
(p.ex. hebdomadaire, mensuelle)
- e) Date d'hospitalisation/visites à la salle d'urgence : _____
- f) Avez-vous eu besoin d'utiliser des stéroïdes oraux
(p. ex. Prednisone)? oui non
Si oui, donnez la période et la date. _____
- g) Vous a-t-on déjà dirigé vers un spécialiste ou avez-vous déjà subi un
examen fonctionnel respiratoire? oui non
Si oui, donnez la date et les détails.

3. ULCÈRE, COLITE OU MALADIE DE CROHN

- a) Type : 1. ulcère duodénal gastrique
2. colite ulcéreuse muqueuse spasmodique
3. maladie de Crohn
- 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 la date.

4. ARTHRITE

- a) Type : rhumatoïde arthrose goutte rhumatisme
- b) Date du début de la maladie : _____
- c) Fréquence des attaques ou des épisodes : _____
- d) Type de traitement : _____
- e) Avez-vous déjà été absent(e) du travail? oui non
Si oui, donnez la période d'absence et la date.

- f) Quelles articulations sont touchées? Expliquez l'état actuel de la
douleur, de la déformation, des limites de mouvements :

5. DÉSORDRE 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) Date de la dernière attaque ou épisode : _____
- e) Type et durée du 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 OU DU COU

- a) De quelle partie du dos s'agit-il :
 cou milieu du dos (région thoracique)
 bas du dos (région lombo-sacrée)
- b) Quelle en était la cause? _____

- c) Date de la première attaque ou épisode : _____
- d) Date de la dernière attaque ou épisode : _____
- e) Fréquence des attaques ou épisodes : _____
- f) Type de traitement : _____
- g) Fréquence des traitements : _____
- h) Date du dernier traitement : _____
- i) Avez-vous déjà été absent(e) du travail? oui non
Si oui, donnez la durée d'absence et la date.

- j) Avez-vous passé des radiographies ou d'autres examens du dos?
Si oui, donnez la date, les résultats et le nom du médecin.

- k) Une chirurgie a-t-elle été pratiquée ou est-elle prévue? Si oui,
donnez la date et les résultats.

- l) Décrivez l'état actuel de la douleur, de toute limite des mouvements
ou des activités.

