

Le masculin est utilisé dans le présent document de façon neutre dans le but d'alléger le texte et d'en faciliter la lecture.

À l'attention du Service de sélection des risques médicaux

Le présent questionnaire doit être rempli en partie par le médecin de votre personne à charge pour vérifier si elle peut être inscrite comme personne à charge spéciale. Les frais associés à l'obtention des renseignements médicaux sont à la charge du demandeur. Une fois le formulaire rempli, veuillez l'envoyer par courriel à tarificationassurancecollective@medavie.croixbleue.ca.

Nom du demandeur : _____ Numéro de téléphone : _____

Nom de la personne à charge : _____ Numéro d'identification : _____

Date de naissance : _____
AAAA/MM/JJ

QUESTIONS POUR L'ADHÉRENT

- Est-ce que la personne à charge est totalement incapable d'occuper un emploi ou d'aller à l'école à cause d'un handicap physique ou mental? ☐ Oui ☐ Non
Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date à laquelle la personne est devenue totalement invalide : _____
- Est-ce qu'une procuration a été émise pour la personne à charge pour laquelle vous faites une demande? ☐ Oui ☐ Non
Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nom de la personne qui a été nommée : _____
- De quelle aide la personne à charge a-t-elle besoin pour exécuter les activités de la vie quotidienne suivantes :
manger, se vêtir, se laver, se déplacer et faire sa toilette? _____
- Où réside la personne à charge réside-t-elle?
☐ Résidence familiale ☐ Établissement de soins spéciaux ☐ Autre, veuillez préciser : _____

QUESTIONS POUR LE MÉDECIN

- Veuillez indiquer le diagnostic, la date de ce dernier et les détails du traitement, incluant les médicaments d'ordonnance requis.
- Veuillez décrire les limites physiques ou mentales de votre patient. Ces limites sont-elles permanentes? Si elles sont temporaires, existe-t-il une date de rétablissement prévues?

Identification du médecin

Nom : _____
(VEUILLEZ ÉCRIRE EN CARACTÈRE D'IMPRIMERIE)

Signature du médecin : _____ Date : _____
AAAA/MM/JJ

J'autorise par la présente le médecin susmentionné à remplir le présent formulaire et à fournir des dossiers ou de renseignements sur moi ou ma santé à la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada ou à Croix Bleue Medavie.

Signature de l'adhérent (ou personne faisant l'objet de la procuration) : _____

Date : _____
AAAA/MM/JJ

Signature de la personne à charge (si elle est âgée de 18 ans et plus) : _____