

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

**Attention: Medical Underwriting**

This questionnaire must be completed in part by your dependent's personal physician to assess his/her eligibility to be registered as a special dependent. Any associated costs will be the responsibility of the applicant. When completed, please mail or fax to Atlantic Blue Cross Care.

Applicant Name: \_\_\_\_\_ Telephone Number: \_\_\_\_\_  
(subscriber)

Dependent Name: \_\_\_\_\_ Identification number: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

---

**Subscriber Questionnaire**

**1. Is the dependent totally disabled due to mental and/or physical disability?**

Yes  No If yes, please indicate the date the dependent became totally disabled. \_\_\_\_\_

**2. Has there been an appointment granted for Power of Attorney for the dependent for whom you are applying?**

Yes  No If yes, please indicate the name of individual with Power of Attorney: \_\_\_\_\_

**3. What assistance is required for the dependent to carry out the following activities of daily living:  
eating, dressing, bathing, ambulating, and toileting.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4. Where does the dependent reside?**

Family residence  Special care facility  Other, please specify: \_\_\_\_\_

---

**Physician's Questionnaire**

**1. Please state the diagnosis, the date diagnosed and details of treatment, including prescribed medication required.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. Please describe any limitations of your patient's physical and/or mental capabilities. Are these limitations permanent or temporary? If temporary, is there an expected recovery date?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Physician Identification – Name (please print): \_\_\_\_\_

Physician Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

I hereby authorize the above physician to complete this form and provide any records or knowledge of me or my health, to Blue Cross Life Insurance Company of Canada and/or Atlantic Blue Cross Care.

Subscriber Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
(or individual with Power of Attorney)

Dependent Signature: \_\_\_\_\_  
(if 18 years of age or over)

**À l'attention du service de tarification médicale**

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 questionnaire rempli, veuillez l'envoyer par la poste ou par télécopieur à Service Croix Bleue de l'Atlantique.

Nom du demandeur : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_  
(souscripteur)

Nom de la personne à charge : \_\_\_\_\_ Numéro d'identification : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

---

**Questions pour le souscripteur**

1. **Est-ce que la personne à charge est totalement invalide au niveau mental ou physique ?**  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date à laquelle la personne est devenue totalement invalide. \_\_\_\_\_

2. **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 : \_\_\_\_\_

3. **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.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. **Où réside la personne à charge ?**

Résidence familiale  Établissement de soins spéciaux  Autre, veuillez préciser \_\_\_\_\_

---

**Questions pour le médecin**

1. **Veuillez indiquer le diagnostic, la date de ce dernier et les détails du traitement, incluant les médicaments d'ordonnance requis.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. **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 prévue ?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Identification du médecin - Nom (veuillez écrire en caractère d'imprimerie) : \_\_\_\_\_

Signature du médecin : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

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

Signature du souscripteur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(ou personne faisant l'objet de la procuration)

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