

DÉFINITIONS* :

Cancer* ou carcinome fait référence à toute tumeur maligne ou prolifération anormale ou rapide de nouvelles cellules dans tout organe du corps, qui pourrait se répandre à d'autres organes par extension directe ou par l'entremise du système lymphatique (ganglions lymphatiques) et qui est généralement traitée par résection chirurgicale, radiothérapie et chimiothérapie. Un **cancer*** avec métastases, est présent lorsque le **cancer*** s'est répandu de son lieu d'origine à un autre endroit dans le corps.

Chirurgie ou intervention chirurgicale* s'entend de toute **intervention chirurgicale*** qui a nécessité une nuit d'hospitalisation. Exemples : remplacement du genou ou de la hanche, la **chirurgie*** cardiovasculaire, le pontage gastrique et la gastroplastie.

Condition cardiaque* s'entend de toute anomalie de toute partie du cœur (y compris les vaisseaux sanguins qui alimentent le cœur, les valves cardiaques et le péricarde) qui nuit au fonctionnement normal du cœur. Exemples : Angine, fibrillation auriculaire, coronaropathie, et stimulateur ou défibrillateur cardiaque.

Condition cardiovasculaire* s'entend de toute anomalie structurale ou fonctionnelle associée au cœur, des vaisseaux sanguins (artères ou veines) et à la circulation sanguine.

Condition médicale* s'entend d'une maladie ou d'une blessure (ou d'une condition associée à cette maladie ou cette blessure) qui exige ou qui a un **traitement médical***.

Condition neurologique* s'entend de toute anomalie structurale ou fonctionnelle du système nerveux central (cerveau) et du système nerveux périphérique (nerfs).

Condition pulmonaire* s'entend de toute anomalie structurale ou fonctionnelle associée aux poumons (y compris la MPOC – maladie pulmonaire obstructive chronique, bronchite, asthme, pneumonie).

Condition respiratoire* s'entend de toute anomalie structurale ou fonctionnelle de vos voies respiratoires, de vos poumons, et des muscles thoraciques ou des os qui facilitent la respiration.

Examen médical* s'entend d'un examen physique, d'une visite de santé personnelle ou d'une visite de routine chez un médecin ou un(e) infirmier(ère) praticien(ne), pendant lequel un **examen médical*** est effectué, vos antécédents médicaux sont mis à jour, un examen physique est effectué, un diagnostic est posé pour tout symptôme, tout test de dépistage ou autre test pertinent est recommandé.

Fumeur* s'entend d'une personne qui consomme de la nicotine, y compris les cigarettes, les cigares, le tabac à mâcher, les timbres de nicotine, la gomme à la nicotine et les capsules de nicotine utilisées dans les cigarettes électroniques.

Traitement médical* s'entend de toute procédure raisonnable de nature médicale, thérapeutique ou diagnostique, qui est nécessaire du point de vue médical et qui est prescrite par un médecin. Un **traitement médical*** comprend l'hospitalisation, les tests d'investigation de base, la **chirurgie***, les médicaments sur ordonnance (y compris ceux prescrits au besoin) ou tout autre traitement ayant un lien direct avec la maladie, la blessure ou le symptôme.

Urgence médicale* s'entend de l'occurrence imprévue et émergente de symptômes pour une maladie ou une blessure qui, si elle n'est pas traitée immédiatement par un médecin, pourrait provoquer votre mort ou des troubles de santé graves.

Pour recevoir une liste des définitions étendues, veuillez prendre contact avec Voyages CAA-Québec.

Assurance voyage CAA-Québec, un produit d'Assurance voyage Orion, est souscrit par Echelon Assurance. Les termes et conditions s'appliquent.

Le logo et le nom commercial ^{MD}Assurance voyage Orion sont des marques de commerce d'Echelon Assurance.

© CAA-Québec 2024. Tous droits réservés.



QC-05 (06/24)F



Assurances

QUESTIONNAIRE MÉDICAL POUR L'ASSURANCE VOYAGE CAA-QUÉBEC

01 juin 2024

English version

ADMISSIBILITÉ :

Vous n'êtes admissible à aucune couverture en vertu du présent contrat si :

- Vous avez reçu un diagnostic de maladie en phase terminale pour laquelle un médecin a estimé qu'il vous restait moins de 6 mois à vivre;**
- Vous avez été informé par un médecin de ne pas voyager présentement;**
- Vous avez besoin de dialyse rénale;**
- Vous avez déjà reçu une greffe de la moelle osseuse ou une greffe d'organe (autre qu'une greffe de peau ou de la cornée);**
- Vous avez reçu un diagnostic ou un **traitement médical*** pour un **cancer*** avec métastases au cours des 5 dernières années;**
- Vous avez reçu une prescription ou avez utilisé de l'oxygène à domicile pour une **condition pulmonaire*** au cours des 12 derniers mois.**

INSTRUCTIONS POUR LE DEMANDEUR :

Il est important de lire ces instructions attentivement avant de compléter votre questionnaire médical.

- Seul **VOUS**, le demandeur, pouvez compléter et signer votre questionnaire médical : ni un membre de votre famille ni votre mandataire ne peut le compléter à votre place. **Vous ne pouvez pas apposer vos initiales si vous faites une erreur. Veuillez compléter un autre questionnaire médical.**
- Vous devez répondre à chaque question honnêtement. Vos antécédents médicaux seront examinés lors de la demande d'indemnisation. Si l'une de vos réponses se révèle fausse ou inexacte, vous serez responsable de la première tranche de 5 000 \$ de toute demande d'indemnisation, en plus de toute franchise applicable à votre contrat. Vous devrez également payer la prime supplémentaire requise en fonction des réponses véridiques et exactes au questionnaire médical, sinon aucune autre couverture supplémentaire ne sera fournie en vertu du contrat. Si vous n'êtes pas certain de votre ou vos **conditions médicales***, vous devez consulter votre médecin avant de compléter le questionnaire.
- Votre contrat est assujéti à une exclusion pour les **conditions médicales*** préexistantes. Veuillez consulter votre police pour obtenir les détails complets quant aux prestations, aux conditions, aux limitations, aux exclusions et aux définitions qui s'appliquent à l'assurance souscrite.

CONFIDENTIALITÉ ET PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE

Les renseignements précis et détaillés demandés sur le Questionnaire Médical sont nécessaires pour traiter votre demande d'assurance voyage et seront utilisés afin d'ouvrir votre dossier client et répondre à vos besoins. Si vous avez des questions concernant l'utilisation de vos renseignements personnels, vous pouvez contacter Voyages CAA-Québec au 1 833 861-0112 (au Canada ou aux États-Unis) ou au +1 514 861-0112 (ailleurs dans le monde), ou visiter caaquebec.com/politique-confidentialite pour plus de détails.

Nom : _____

Date de naissance : _____ Numéro de contrat : _____

JJ/MM/AAAA

POUR USAGE INTERNE SEULEMENT

PARTIE A – À REMPLIR		OUI	NON
1.	Avez-vous eu un examen médical* au cours des 18 derniers mois?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Au cours des 12 derniers mois , avez-vous visité l'urgence d'un hôpital plus d'une fois pour une urgence médicale* ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Au cours des 5 dernières années , avez-vous été fumeur* ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Au cours des 12 derniers mois , avez-vous subi une chirurgie* (y compris un remplacement de la hanche ou du genou, un pontage gastrique ou un anneau gastrique)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Avez-vous déjà requis un traitement médical* ou consommé un médicament d'ordonnance pour traiter :		
a.	Condition cardiovasculaire* (par exemple : hypertension, hypercholestérolémie (cholestérol élevé), toute maladie du coeur, toute maladie du sang, toute maladie vasculaire)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	le diabète?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.	un cancer* (à l'exception d'un cancer de la peau à cellule basale et/ou squameuse)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d.	une condition neurologique* (par exemple : ICT ou AVC, la maladie de Parkinson, la démence, l'Alzheimer)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e.	une condition respiratoire* (par exemple : une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Au cours des 12 derniers mois , pour toute autre condition médicale* , avez-vous reçu un traitement médical* ou consommé des médicaments d'ordonnance?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si vous avez répondu **OUI** à l'une des parties de la question 5 ou à la question 6, veuillez passer aux sections appropriées de la **PARTIE B**, sinon passez à la **PARTIE C**.

PARTIE B – CONDITIONS CARDIOVASCULAIRES (À remplir seulement si vous avez répondu OUI à la question 5a.)		OUI	NON
7.	Avez-vous déjà subi un pontage coronarien ou une chirurgie* de remplacement de valve?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Avez-vous déjà subi une angioplastie ou vous êtes-vous fait implanter un "stent"(un tuteur ou une endoprothèse vasculaire)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Au cours des 12 derniers mois , vous a-t-on prescrit ou avez-vous consommé l'un des médicaments suivants :		
a.	Lasix ou Furosémide?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	Coumadin ou Warfarine?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Au cours des 12 derniers mois , avez-vous requis un traitement médical* ou consommé un médicament d'ordonnance pour :		
a.	l'insuffisance cardiaque congestive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	une condition cardiaque* ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.	l'hypertension?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d.	une maladie vasculaire périphérique (athérosclérose ou thrombose veineuse profonde)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e.	un anévrisme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PARTIE B – DIABÈTE (À remplir seulement si vous avez répondu OUI à la question 5b.)		OUI	NON
11.	Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu besoin d'un traitement médical* ou avez-vous pris des médicaments sur ordonnance, QUELS QU'ILS SOIENT , pour le diabète (à l'exclusion d'un contrôle du diabète à l'aide d'un régime uniquement lors des 5 dernières années)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PARTIE B – CANCER (À remplir seulement si vous avez répondu OUI à la question 5c.)		OUI	NON
12.	Avez-vous requis un traitement médical* (y compris une chirurgie* , une chimiothérapie ou une radiothérapie) pour un cancer* au cours :		
a.	des 0 à 6 derniers mois?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	des 7 à 12 derniers mois?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.	des 13 mois à 5 dernières ans?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PARTIE B – CONDITIONS NEUROLOGIQUES (À remplir seulement si vous avez répondu OUI à la question 5d.)		OUI	NON
13.	Au cours des 5 dernières années , avez-vous requis un traitement médical* ou consommé un médicament d'ordonnance pour :		
a.	la maladie de Parkinson?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	la maladie d'Alzheimer ou TOUTE autre forme de démence?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.	un accident vasculaire cérébral (AVC) ou une Ischémie Cérébrale Transitoire (ICT)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PARTIE B – CONDITIONS RESPIRATOIRES (À remplir seulement si vous avez répondu OUI à la question 5e.)		OUI	NON
14.	Au cours des 12 derniers mois , vous a-t-on prescrit ou avez-vous consommé des comprimés de prednisone pour TOUTE condition médicale* ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Au cours des 5 dernières années , avez-vous requis un traitement médical* ou consommé TOUT autre médicament pour une condition pulmonaire* ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PARTIE B – AUTRES CONDITIONS MÉDICALES (À remplir seulement si vous avez répondu OUI à la question 6.)		OUI	NON
16.	Au cours des 12 derniers mois , avez-vous requis un traitement médical* ou consommé un médicament d'ordonnance pour :		
a.	des reflux gastriques?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	une maladie diverticulaire?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.	une maladie chronique de l'intestin (y compris la maladie de Crohn ou la colite)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d.	une maladie des reins ou de la vésicule biliaire (y compris des pierres)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e.	une maladie du foie ou du pancréas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PARTIE C – ACCORD, ENTENTE ET AUTORISATION	
<p>Je confirme avoir lu et compris les sections Définitions*, Admissibilité et Instructions pour le demandeur du présent Questionnaire Médical avant de l'avoir rempli. J'ai personnellement rempli le présent Questionnaire Médical et tous les renseignements qui y sont divulgués sont véridiques et exacts. Je comprends que si certaines de mes réponses ne sont pas véridiques ou exactes, je ferai l'objet des conditions décrites au point 2 des Instructions pour le demandeur.</p> <p>Je comprends que Echelon Assurance (l'assureur), ses agents, ses administrateurs tiers ou ses représentants légaux peuvent enquêter sur toute demande d'indemnisation. J'autorise tout hôpital, médecin, autre fournisseur de soins de santé, ou toute autre organisation ou personne qui possède des dossiers ou des connaissances à mon sujet ou au sujet de ma santé à divulguer aux administrateurs tiers, l'assureur, ainsi qu'à ses réassureurs, de tels renseignements aux fins de la présente demande, de ce contrat et de toute demande d'indemnisation ultérieure.</p>	
<p>Signature du demandeur _____ Date de la demande _____</p> <p style="text-align: right;">JJ/MM/AAAA</p>	

DEFINITIONS*:

Cancer* or Carcinoma refers to any malignant tumor or abnormal new cell growth or rapid growth in any organ of the body, which has a probability of spreading to other organs through direct extension or through the lymphatic system (lymph nodes), and is usually treated by surgical resection, radiation therapy, and chemotherapy. Metastatic cancer is when the **cancer*** has spread from the originating place to another place in the body.

Cardiovascular Condition* means any structural or functional abnormality related to the heart, blood vessels (arteries or veins) and the circulating blood.

Heart Condition* means any abnormality of any part of the heart (including the blood vessels supplying the heart, heart valves, and pericardium) that impairs the heart's normal functioning. Examples include angina, atrial fibrillation, coronary artery disease, congestive heart failure and pacemaker.

Lung Condition* means any structural or functional abnormality involving your lungs (including COPD - Chronic Obstructive Pulmonary Disease, bronchitis, asthma, pneumonia).

Medical Check-up* means a physical exam or personal health visit or a routine visit to a physician or nurse practitioner where a medical examination is conducted or your medical history is updated, or a physical examination is done, or any symptoms were diagnosed, or any screening or relevant tests were recommended.

Medical Condition* means sickness or injury (or condition related to that sickness or injury) that required or requires **medical treatment***.

Medical Emergency* means the unforeseen and emergent occurrence of symptoms for a sickness or injury which, unless treated immediately by a physician, may lead to death or to serious impairment of your health.

Medical Treatment* means any reasonable procedure which is medical, therapeutic or diagnostic in nature, which is medically necessary and which is prescribed by a physician. **Medical treatment*** includes hospitalization, basic investigative testing, **surgery***, prescription medication(s) (including prescribed as needed) or other treatment directly related to the sickness, injury or symptom.

Neurological Condition* means any structural or functional abnormality of the central nervous system (brain) and the peripheral nervous system (nerves).

Respiratory Condition* means any structural or functional abnormality of your airways, lungs, and chest muscles or bones supporting breathing.

Smoker* means a person who uses nicotine, including cigarettes, cigars, chewing tobacco, a nicotine patch, nicotine gum or nicotine capsules for use in vapor cigarettes.

Surgery* means any **surgery*** that required the patient to be hospitalized overnight. Examples include knee or hip replacement, cardiovascular **surgery***, gastric bypass and gastric banding.

To receive a list of expanded definitions, please contact CAA-Quebec Travel.

CAA-Quebec Travel Insurance, an Orion Travel Insurance product, is underwritten by Echelon Insurance. Terms and conditions apply.

©Orion Travel Insurance logo and trade name are trademarks of Echelon Insurance.

© CAA-Quebec 2024. All rights reserved.

QC-05 (06/24)



CAA-QUEBEC TRAVEL INSURANCE MEDICAL QUESTIONNAIRE

June 1, 2024

Version française

ELIGIBILITY:

You are not eligible for any coverage under this Contract if:

- you have been diagnosed with a terminal illness for which a physician has estimated you have less than 6 months to live;
- you have been advised by a physician against travel at this time;
- you require kidney dialysis;
- you have ever received a bone marrow or organ transplant (except skin or cornea transplant);
- you have been diagnosed with and/or received **medical treatment*** for metastatic **cancer*** in the last 5 years;
- you have been prescribed or taken home oxygen for a **lung condition*** in the last 12 months.

INSTRUCTIONS TO THE APPLICANT:

It is important that you read these instructions carefully before completing your Medical Questionnaire.

1. Only **YOU**, the applicant, can complete and sign your Medical Questionnaire, not a family member or agent. **You cannot write your initials if you make a mistake. Please complete another Medical Questionnaire.**
2. You must answer each question truthfully. Your prior medical history will be reviewed at time of claim and if any of your answers are found to be untruthful or inaccurate you will be responsible for the first \$5,000 of any claim, in addition to any deductible applicable to your contract. You will also be required to pay the additional premium necessary based on true and accurate answers to the Medical Questionnaire, otherwise no future coverage will be provided under the contract. If you are unsure of your **medical condition(s)*** you must consult with your physician before completing the questionnaire.
3. Your contract is subject to a pre-existing medical condition exclusion. Please refer to your contract for complete details of the benefits, conditions, limitations, exclusions and definitions applicable to the insurance purchased.

PRIVACY AND CONFIDENTIALITY

The specific and detailed information requested on the Medical Questionnaire is required to process your application for travel insurance and will be used to establish and serve you as our customer. You may call CAA-Quebec Travel with any questions relating to the use of your personal information at 1-833-861-0112 (in Canada, United States) or +1-514-861-0112 (call collect elsewhere in the world) or visit caaquebec.com/privacy-policy for details.

Name: _____

Date of Birth: _____ Contract Number: _____

DD/MM/YYYY

FOR OFFICE USE ONLY

PART A – PLEASE COMPLETE		YES	NO
1.	Have you had a <i>medical check-up*</i> within the last 18 months?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	In the last 12 months have you had more than one visit to a hospital emergency room for a <i>medical emergency*</i> ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	In the last 5 years have you been a <i>smoker*</i> ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	In the last 12 months have you had <i>surgery*</i> (examples include hip or knee replacement, gastric bypass or gastric banding)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Have you EVER required <i>medical treatment*</i> or taken ANY prescription medications for:		
a.	<i>Cardiovascular conditions*</i> (examples include: high blood pressure, high cholesterol, any heart diseases, any blood diseases, any vascular diseases)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	Diabetes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.	<i>Cancer*</i> (excluding basal cell and squamous cell skin cancer)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d.	<i>Neurological condition*</i> (examples include: stroke, Parkinson's disease, Dementia, Alzheimer)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e.	<i>Respiratory condition*</i> (examples include Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD))?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	For any other <i>medical condition*</i> , in the last 12 months, have you received ANY other <i>medical treatment*</i> or taken ANY prescription medication?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

If you answered **YES** to any part of Question 5 or Question 6, please continue to the appropriate section(s) in **PART B**, otherwise proceed to **PART C**.

PART B – CARDIOVASCULAR (Complete only if YES to Question 5a.)		YES	NO
7.	Have you EVER had a heart bypass or heart valve <i>surgery*</i> ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Have you EVER had angioplasty or a stent inserted?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	In the last 12 months have you been prescribed or taken:		
a.	Lasix or Furosemide?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	Coumadin or Warfarin?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	In the last 12 months have you required <i>medical treatment*</i> or taken ANY prescription medications for:		
a.	Congestive heart failure?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	<i>Heart condition*</i> ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.	High blood pressure (hypertension)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d.	Peripheral vascular disease (atherosclerosis or deep vein thrombosis)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e.	Aneurysm?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PART B – DIABETES (Complete only if YES to Question 5b.)		YES	NO
11.	In the last 5 years have you required <i>medical treatment*</i> or taken ANY prescription medications for Diabetes (excluding when controlled by diet only for the last 5 years)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PART B – CANCER (Complete only if YES to Question 5c.)		YES	NO
12.	Have you required <i>medical treatment*</i> (including <i>surgery*</i> , chemotherapy or radiation) for <i>cancer*</i> in the last:		
a.	0 to 6 months?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	7 to 12 months?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.	13 months to 5 years?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PART B – NEUROLOGICAL (Complete only if YES to Question 5d.)		YES	NO
13.	In the last 5 years have you required <i>medical treatment*</i> or taken ANY prescription medications for:		
a.	Parkinson's disease?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	Alzheimer's disease or ANY other form of dementia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.	Stroke/CVA (Cerebrovascular Accident) or mini-stroke/TIA (Transient Ischemic Attack)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PART B – RESPIRATORY (Complete only if YES to Question 5e.)		YES	NO
14.	In the last 12 months have you been prescribed or taken Prednisone for ANY <i>medical condition*</i> ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	In the last 5 years have you required <i>medical treatment*</i> or taken ANY other prescription medications for a <i>lung condition*</i> ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PART B – OTHER MEDICAL CONDITIONS (Complete only if YES to Question 6.)		YES	NO
16.	In the last 12 months have you required <i>medical treatment*</i> or taken ANY prescription medications for:		
a.	Acid reflux?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	Diverticular disorder?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.	Chronic bowel disorder (including Crohn's disease or Colitis)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d.	Kidney or gall bladder disorder (including stones)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e.	Liver or pancreas disorder?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PART C – AGREEMENT, UNDERSTANDING AND AUTHORIZATION	
<p>I confirm I have read and understood the Definitions*, Eligibility and Instructions to Applicant sections of this Medical Questionnaire prior to its completion. I personally completed this Medical Questionnaire and all information disclosed on it is true and accurate. I fully understand that if any of my answers are not truthful or accurate, I will be subject to the conditions described in instructions to the Applicant, item 2.</p> <p>I understand Echelon Insurance (the Insurer), its agents, third party administrators or its legal representatives may investigate any claim. I authorize any hospital, physician, other medical service provider, or any other organization or person that has any records or knowledge of me and my health to release to third party administrators, the Insurer and its reinsurers any such information for the purpose of this application and contract and any subsequent claim.</p>	
<p>Applicant's Signature _____ Date of Application _____</p> <p style="text-align: right;">DD/MM/YYYY</p>	