



## Troubles respiratoires (suite)

6. Avez-vous déjà été hospitalisé ou avez-vous déjà consulté en urgence en raison de troubles respiratoires ?  Oui  Non

Si oui, pour chaque occasion veuillez préciser la date et la durée : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Au cours des 5 dernières années avez-vous subi une radiographie des poumons, un test de la fonction respiratoire ou autres tests respiratoires ou pulmonaires ? .....  Oui  Non

Si oui, pour chaque test veuillez préciser le nom, les dates et les résultats : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Souffrez-vous d'essoufflements ou avez-vous une respiration bruyante entre les crises ?  Oui  Non

Si oui,  Au repos  À l'effort  Au repos et à l'effort

9. Avez-vous déjà craché du sang ?  Oui  Non

10. Fumez-vous ?  Oui  Non Si oui :

a) Avez-vous déjà été conseillé par un professionnel de la santé de cesser de fumer ?  Oui  Non

b) Veuillez préciser le nombre de cigarettes, de cigares ou de tout autre produit de tabac ou de marijuana que vous fumez par jour :

\_\_\_\_\_

11. Avez-vous des quintes de toux ?  Oui  Non

12. Avez-vous des allergies respiratoires connues ?  Oui  Non

13. Avez-vous toujours des symptômes ?  Oui  Non

14. Suivez-vous toujours un traitement ?  Oui  Non

Si vous avez répondu par l'affirmative aux questions 9 à 14, veuillez préciser ci-dessous (indiquer le numéro de la question et donner les détails, c'est-à-dire le nom et l'adresse de tout médecin, hôpital ou professionnel de la santé consulté) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Troubles respiratoires (suite)

Je, soussigné(e) déclare que les réponses aux questions ci-dessus sont complètes et véridiques et qu'elles serviront de base au contrat d'assurance avec Humania Assurance.

Fait à : \_\_\_\_\_ le : 

--	--	--	--

 / 

--	--

 / 

--	--

  
année / mois / jour

Signature du témoin : \_\_\_\_\_

Signature de la personne à assurer : \_\_\_\_\_

Humania Assurance Inc., 1555, rue Girouard Ouest, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6