

IdentificationNuméro de police : Nom de la personne à assurer : Prénom de la personne à assurer : Date de naissance : / /
année / mois / jour**Section perte de conscience**1. Vous a-t-on déjà dit que vous aviez souffert de : Convulsions Épilepsie Syncope Évanouissements Autres types de perte de conscience, précisez : _____

Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions suivantes :

a) Date de la première crise : / /
année / mois / jour

b) À combien de reprises depuis ? _____

c) Avez-vous perdu conscience ? Oui Non

Dans l'affirmative, pendant combien de temps ? _____

d) Avez-vous ressenti quelque signe avant-coureur de la crise ? Oui None) Date de la crise la plus récente : / /
année / mois / jour

f) Quel était l'intervalle entre chaque crise ? _____

2. Donnez le nom et l'adresse de tous les médecins et cliniques que vous avez consultés, ainsi que les dates de consultation pour cette condition.

_____

Perte de conscience (suite)

3. Avez-vous complété, ou vous a-t-on recommandé de compléter des tests tel que :

- une radiographie du crâne une imagerie par résonance magnétique (IRM) un électroencéphalogramme d'autres tests

Dans l'affirmative, précisez les dates et résultats de chacun des tests

4. Quels médicaments ou traitements vous a-t-on prescrits pour cette condition ?

5. Présentement, suivez-vous un traitement ou prenez-vous des médicaments ? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser le nom des médicaments ou du traitement :

6. Quel est le diagnostic ou l'explication de votre médecin sur la cause de votre maladie ?

7. Avez-vous déjà été hospitalisé pour cette condition ? Oui Non

Si oui, fournir : date(s), raison(s), nom(s) et adresse(s) d'hôpital(aux) :

Perte de conscience (suite)

8. Avez-vous été absent du travail à cause de cette condition ? Oui Non

Si oui, dates et durée de l'absence :

9. Est-ce qu'en raison de cette maladie vous avez été contraint de réduire ou de limiter vos activités habituelles au travail ou à la maison ? Oui Non

Si oui, décrivez les restrictions et limitations :

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 :
