

IdentificationNuméro de police : Nom de la personne à assurer : Prénom de la personne à assurer : Date de naissance : **Section douleurs à la poitrine**1. Avez-vous déjà souffert de douleurs à la poitrine ? Oui Non Date de la première crise : / / Date de la dernière crise : / /
année / mois / jour année / mois / jour

Intervalle entre les crises : _____ Durée moyenne : _____

2. Si vous répondez par l'affirmative à la question 1, la douleur était-elle :

 au centre de la poitrine ? aux deux épaules ou bras ? au côté gauche de la poitrine ? accompagnée d'une pression ? à l'épaule, au bras ou à la main gauche ? accompagnée de transpiration ?

3. Avez-vous éprouvé la douleur :

 en faisant un effort ou de l'exercice ? en éprouvant une émotion ou en fournissant un effort ? en étant exposé à des températures froides ? après les repas ?4. Avez-vous dû consulter un médecin à cause de la douleur ? Oui Non

Genre de traitement prescrit : _____

Quel médicament prenez-vous présentement ? _____

Combien de temps, après avoir pris le médicament, la douleur disparaît-elle ? _____



Douleurs à la poitrine (suite)

5. a) Avez-vous dû arrêter de travailler à cause de la douleur ? Oui Non

Date de l'arrêt de travail : / / Date de retour au travail : / /
année / mois / jour année / mois / jour

b) Avez-vous dû être hospitalisé ? Oui Non

Du : / / Au : / /
année / mois / jour année / mois / jour

Nom de l'hôpital : _____

c) Combien de temps a duré votre convalescence ?

Du : / / Au : / /
année / mois / jour année / mois / jour

d) Avez-vous changé votre mode de vie ou vos habitudes de travail ? Oui Non

Veuillez préciser : _____

e) Combien d'heures travaillez-vous par jour ? _____

6. Quel a été le diagnostic concernant vos douleurs de poitrine ? _____

7. Avez-vous déjà souffert de : Dans l'affirmative, veuillez donner la date et le nom du médecin consulté :

Palpitations ? Oui Non / / Nom : _____
année / mois / jour

Essoufflement ? Oui Non / / Nom : _____
année / mois / jour

Tension artérielle ? Oui Non / / Nom : _____
année / mois / jour

Douleurs à la poitrine (suite)

8. Veuillez donner les noms et adresses de tous les médecins consultés :

9. a) Faites-vous usage de tabac sous quelque forme que ce soit ? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser et indiquer la quantité quotidienne :

b) Avez-vous déjà fait usage de tabac ? Oui Non

Dans l'affirmative, quand avez-vous fait usage de tabac pour la dernière fois ?

Je soussigné 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 de la personne à assurer

Signature du témoin
