

**Identification**Numéro 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 :

\_\_\_\_\_