

Identification

Numéro de police :

Nom de la personne à assurer :

Prénom de la personne à assurer :

Date de naissance :

année / mois / jour

Section épilepsie

1. Avez-vous déjà présenté des crises ou spasmes épileptiformes ? Oui Non

Si oui, a) date de la première crise ?

année / mois / jour

b) date de la dernière crise ?

année / mois / jour

c) nombre de crises par mois ou par année ? _____

2. Des médicaments vous ont-ils été prescrits ? Oui Non

Si oui, a) depuis quand ?

année / mois / jour

b) nature des médicaments ? _____

c) dose ou quantité par jour ? _____

En prenez-vous encore actuellement ? Oui Non

Si oui, détails : _____

Si non, depuis quand ?

année / mois / jour



Section épilepsie (suite)

3. a) Vous a-t-on déjà précisé vos troubles ? Détails (crises généralisées ou partielles) :

3. b) Nom et adresse du médecin qui a précisé le diagnostic :

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 du témoin _____

Signature de la personne à assurer _____

Humania Assurance Inc., 1555, rue Girouard Ouest, C.P. 10000, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 7C8