

IdentificationNuméro de police : Nom de la personne à assurer : Prénom de la personne à assurer : Date de naissance : / /
année / mois / jour**Section troubles respiratoires**1. Genre de trouble : Bronchite Asthme Emphysème Autre : _____2. Date du premier épisode ou de la première crise : / /
année / mois / jourDate du dernier épisode ou de la dernière crise : / /
année / mois / jour

Fréquences des crises dans les derniers a) 12 mois : _____ b) 24 mois _____

Quelle est la durée typique des crises ? _____

3. Quelle est la gravité de votre condition ? Légère Modérée Sévère4. Vous êtes-vous déjà absenté de votre travail en raison de cette affection ? Oui Non

Si oui, veuillez préciser les dates et la durée de chaque arrêt de travail : _____

5. Actuellement, prenez-vous des médicaments ou vous a-t-on prescrit un traitement ou des médicaments ? Oui Non

Si oui, pour chaque médicament veuillez préciser le nom, la dose et la fréquence d'usage : _____



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 :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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