

### Identification

Numéro de police :

Nom de la personne à assurer :

Prénom de la personne à assurer :

Date de naissance :  /  /   
année / mois / jour

### Section apnée du sommeil

1. Avez-vous déjà complété un test du sommeil ?  Oui  Non

Si Oui : Avez-vous reçu un diagnostic d'apnée du sommeil et quelle était la date du diagnostic? \_\_\_\_\_

Si Non : Vous a-t-on conseillé ou recommandé d'effectuer un test du sommeil qui n'est pas encore complété  Oui  Non

Si Oui : Quand est-il prévu de le faire? \_\_\_\_\_

2. Quelle est la sévérité de votre condition :  Légère  Modéré  Sévère

3. Avez-vous besoin d'un traitement pour votre condition? \_\_\_\_\_

Si Oui : Veuillez préciser le type de traitement (PPC(Presion Positive Continue) – aussi appelé machine CPAP) ou autre ? \_\_\_\_\_

4. Suivez-vous votre traitement tel que prescrit par votre médecin?  Oui  Non

5. À quelle fréquence par semaine utilisez votre traitement? \_\_\_\_\_

6. Avez-vous des complications associées à votre apnée du sommeil?  Oui  Non

Si Oui : veuillez fournir les détails :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



### Section apnée du sommeil (suite)

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, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6