



QUESTIONNAIRE RELATIF AUX CONDITIONS RESPIRATOIRES

Nom de la personne à assurer : _____ Date de naissance : _____ N° de contrat : _____

1. Avez-vous des antécédents ou souffrez-vous de :
 asthme bronchites chroniques emphysème autre : _____

2. Quelle en est la cause (allergie, profession, usage de tabac, autre)? _____

3. Date du premier épisode : _____ Date du dernier épisode : _____

Fréquence des épisodes : _____ par mois _____ par année

Quelle est la gravité des épisodes? faible modéré grave

4. Avez-vous déjà été hospitalisé(e) ou admis(e) à l'urgence pour l'une des conditions indiquées ci-dessus. Oui Non
Dans l'affirmative, veuillez fournir la date, la durée et les détails : _____

5. Veuillez indiquer le nom et l'adresse de tous les médecins et les spécialistes que vous avez consultés et la date des consultations : _____

6. Avez-vous déjà subi des examens (l'exploration fonctionnelle respiratoire, les radiographies pulmonaires, autre)? Oui Non
Dans l'affirmative, veuillez préciser les types d'examens et fournir les dates et les résultats : _____

7. Veuillez indiquer tous les médicaments que vous avez pris (par inhalation, par voie orale, autre) :

	Au moment de l'épisode	Médicaments de maintien
Type		
Dose		
Fréquence		

8. Vous êtes-vous déjà absenté de votre travail à cause de cette condition? Oui Non
Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date et la durée de votre absence : _____

9. Consommez-vous des produits du tabac? Oui Non
Dans l'affirmative, veuillez indiquer le type et la fréquence d'utilisation : _____

Je déclare que les réponses et les énoncés ci-dessus sont exacts et complets et qu'ils feront partie intégrante de ma proposition d'assurance avec L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada.

Date _____ Témoin _____ Personne à assurer _____