

<input type="text"/> Nom de la personne assurée			<input type="text"/> Prénom de la personne assurée		
Date de naissance: <input type="text"/>		Sexe: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		<input type="text"/> N° de contrat	
Année	Mois	Jour			N° de client

**Dans tous les cas comprenant la communication de renseignements médicaux et sur la santé, les résultats de tests génétiques ne doivent en aucun cas être divulgués et acheminés.**

1 Quelle est la nature de la maladie de la personne assurée? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2 Date de l'apparition des symptômes:

Année Mois Jour

3 Quels étaient ces symptômes? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4 Date de la première consultation:

Année Mois Jour

5 Date à laquelle la personne assurée a été avisée du diagnostic ou de l'opération:

Année Mois Jour

6 Tests et examens passés pour confirmer le diagnostic: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7 La personne assurée a-t-elle déjà souffert de cette maladie ou d'une maladie similaire?  Oui  Non

Si oui, détails et dates des tests, examens, traitements: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8 Nom et adresse du médecin personnel de la personne assurée:

\_\_\_\_\_

Nom du médecin

\_\_\_\_\_

Adresse (n°, rue, ville, province)

Code postal

**9** Nom et adresse des autres médecins consultés :

Nom	Adresse	Date de la consultation						
<hr/>	<hr/>	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>Année</td><td>Mois</td><td>Jour</td> </tr> </table>				Année	Mois	Jour
Année	Mois	Jour						
<hr/>	<hr/>	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>Année</td><td>Mois</td><td>Jour</td> </tr> </table>				Année	Mois	Jour
Année	Mois	Jour						
<hr/>	<hr/>	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>Année</td><td>Mois</td><td>Jour</td> </tr> </table>				Année	Mois	Jour
Année	Mois	Jour						

**10** Nom et adresse des hôpitaux ou établissements où la personne assurée a reçu des traitements ou a été hospitalisée :

Nom (hôpital ou établissement) 

---

Adresse (n°, rue, ville, province) 

---

 Code postal 

--	--	--	--	--

Durée de l'hospitalisation : du 

Année	Mois	Jour

 au 

Année	Mois	Jour

Traitement/opération : 

---

---

Nom (hôpital ou établissement) 

---

Adresse (n°, rue, ville, province) 

---

 Code postal 

--	--	--	--	--

Durée de l'hospitalisation : du 

Année	Mois	Jour

 au 

Année	Mois	Jour

Traitement/opération : 

---

---

Nom (hôpital ou établissement) 

---

Adresse (n°, rue, ville, province) 

---

 Code postal 

--	--	--	--	--

Durée de l'hospitalisation : du 

Année	Mois	Jour

 au 

Année	Mois	Jour

Traitement/opération : 

---

---

11 La personne assurée prend-elle des médicaments?  Oui  Non – Si oui:

Nom du médicament	Posologie
_____	_____
_____	_____
_____	_____

12 Un membre de la famille de la personne assurée a-t-il souffert d'une maladie identique ou similaire?  Oui  Non – Si oui:

Lien de parenté	Description de la maladie	Date et âge au 1 <sup>er</sup> diagnostic								
_____	_____	<table border="1"> <tr> <td> _ </td> <td> _ </td> <td> _ </td> <td>_____ ans</td> </tr> <tr> <td>Année</td> <td>Mois</td> <td>Jour</td> <td></td> </tr> </table>	_	_	_	_____ ans	Année	Mois	Jour	
_	_	_	_____ ans							
Année	Mois	Jour								
_____	_____	<table border="1"> <tr> <td> _ </td> <td> _ </td> <td> _ </td> <td>_____ ans</td> </tr> <tr> <td>Année</td> <td>Mois</td> <td>Jour</td> <td></td> </tr> </table>	_	_	_	_____ ans	Année	Mois	Jour	
_	_	_	_____ ans							
Année	Mois	Jour								
_____	_____	<table border="1"> <tr> <td> _ </td> <td> _ </td> <td> _ </td> <td>_____ ans</td> </tr> <tr> <td>Année</td> <td>Mois</td> <td>Jour</td> <td></td> </tr> </table>	_	_	_	_____ ans	Année	Mois	Jour	
_	_	_	_____ ans							
Année	Mois	Jour								

13 La personne assurée a-t-elle présenté ou présentera-t-elle une demande de règlement pour cette maladie à une autre compagnie d'assurance?  Oui  Non – Si oui:

Nom de la compagnie d'assurance	Montant de la garantie	Demande déjà soumise
_____	_____ \$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
_____	_____ \$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
_____	_____ \$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

14 Est-ce que la personne assurée fume la cigarette, le cigarillo, le cigare, la pipe, la pipe à eau, la chicha ou fait l'usage de noix de bétel, de tabac à priser, de marijuana (cannabis) contenant tout produit de tabac ou de la nicotine, ou fait usage de toute autre forme de tabac ou d'un substitut tel que la gomme, le timbre cutané (*patch*) ou la cigarette électronique?  Oui  Non

Si oui:	Si non:												
Depuis quand la personne assurée fume-t-elle? <table border="1"> <tr> <td> _ </td> <td> _ </td> <td> _ </td> </tr> <tr> <td>Année</td> <td>Mois</td> <td>Jour</td> </tr> </table> Usage quotidien: _____	_	_	_	Année	Mois	Jour	Est-ce que la personne assurée a déjà fait usage de tabac? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  Si oui, date de cessation: <table border="1"> <tr> <td> _ </td> <td> _ </td> <td> _ </td> </tr> <tr> <td>Année</td> <td>Mois</td> <td>Jour</td> </tr> </table>	_	_	_	Année	Mois	Jour
_	_	_											
Année	Mois	Jour											
_	_	_											
Année	Mois	Jour											

15 Renseignements additionnels: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

DÉCLARATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

Je reconnais et conviens que les réponses contenues dans ce formulaire sont complètes et véridiques.

Signé à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ .

X

Signature de la personne assurée ou de son tuteur légal si la personne assurée a moins de 18 ans au Québec ou moins de 16 ans à l'extérieur du Québec

Adresse (n°, rue, appartement, ville, province)

Code postal

Ind. rég. Téléphone résidence Ind. rég. Téléphone travail (poste)