

IDENTIFICATION

Nom de l'assuré : _____ N° de contrat : _____

Principal Conjoint Enfant

Date de naissance | | A | | M | | J | |

INFORMATION

1. Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :

- Asthme Bronchite Emphysème
 Pneumonie Toux chronique autre _____

2. Date de la première attaque ? | | A | | M | | J | | Fréquence : _____ Durée : _____

Date de la dernière attaque ? | | A | | M | | J | | Fréquence : _____ Durée : _____

Traitement ? _____

3. Les attaques sont-elles : Légères Modérées Sévères4. Selon vous, quelle est la cause des attaques ? Allergies (pollen, poussières, poils d'animaux) Irritants ambiants (fumée, odeurs toxiques, etc.)
 Boulversement émotif Exercices Autre (précisez) _____5. Avez-vous été hospitalisé ? OUI NON Si oui, précisez la date : | | A | | M | | J | |

Nom et adresse de l'hôpital : _____

6. Période d'arrêt de travail ? OUI NON Si oui, précisez la date : du | | A | | M | | J | | au | | A | | M | | J | |7. Plus d'un arrêt ? OUI NON Si oui, précisez : _____8. Avez-vous passé des examens ou tests spéciaux ? OUI NON

Si oui, précisez lesquels : _____ Résultats : _____

9. Prenez-vous des médicaments ? OUI NON • En avez-vous déjà pris ? OUI NON

Si oui, précisez le genre et la quantité : _____

10. Cette médication est-elle prise ? Durant les périodes de crise Comme mesure préventive11. Faites-vous usage de tabac ? OUI NON • Si oui, quantité par jour : _____

Si vous avez déjà fumé, date à laquelle vous avez cessé : | | A | | M | | J | |

12. Nom et adresse du médecin qui détient votre dossier : _____

Date de la dernière consultation : | | A | | M | | J | | Raison et résultats : _____

13. Fournir toute information additionnelle que vous croyez importante pour clarifier vos réponses ? _____

DÉCLARATION

Je certifie avoir pris connaissance de toutes les questions ci-dessus et que les réponses données ont été fidèlement reproduites. De plus, je consens à ce qu'elles servent de base au contrat d'assurance demandé.

Signature du témoin_____
Date_____
Signature de la personne à assurer

IDENTIFICATION

Name of the Insured: _____ Contract No.: _____

Primary Spouse Child

Date of Birth | | Y | | M | | D | |

INFORMATION

1. Do you have or have you ever had:

- Asthma Bronchitis Emphysema
 Pneumonia Chronic cough Other _____

2. Date of first attack? | | Y | | M | | D | | Frequency: _____ Duration: _____

Date of last attack? | | Y | | M | | D | | Frequency: _____ Duration: _____

Treatment? _____

3. Are the attacks: Mild Moderate Severe4. What do you think causes these attack? Allergies (pollen, dust, animal dander, etc.) Environmental irritants (smoke, toxic odours, etc.)
 Emotional upset Exercise Other (Specify) _____5. Have you ever been hospitalized? YES NO If so, date: | | Y | | M | | D | |

Name and address of hospital: _____

6. Have you ever been absent from work? YES NO If so, date: from | | Y | | M | | D | | to | | Y | | M | | D | |7. More than once? YES NO If so, specify: _____8. Have you ever been examined or had special tests? YES NO

If so, specify: _____ Results : _____

9. Do you take any medication? YES NO • Have you ever taken any? YES NO

If so, specify the type and quantity: _____

10. Is this medication taken: During acute attacks As prevention11. Do you use tobacco? YES NO • If so, how much per day: _____

If you ever smoke, date you stop: | | Y | | M | | D | |

12. Name and address of physician who as your file: _____

Date of most recent consultation: | | Y | | M | | D | | Reason and results: _____

13. Provide any further information you think is important to clarify your answers? _____

DECLARATION

I acknowledge having read and understood all the questions above and having given the correct answers. In addition, I consent to having them serve as the basis of the insurance contract requested.

Signature of witness_____
Date_____
Signature of the person to be insured