

Prénom et nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Numéro de référence : numéro de dossier, de police, de contrat ou de demande

1- Quel est le diagnostic de votre médecin (nom de la maladie ou de la condition) et la date?

2- Avez-vous reçu des traitements?

☐ Oui ☐ Non Si **oui**, précisez la nature et la date du dernier traitement :

3- Quels sont les médicaments reçus, s'il y a lieu, et la durée de la prise des médicaments?

4- Avez-vous déjà pris des opioïdes (exemple : Oxycontin) pour cette raison?

☐ Oui ☐ Non Si **oui**, précisez :

Année	Période		Posologie et fréquence
	Du	Au	

5- Avez-vous déjà subi ou êtes-vous en attente d'une opération?

☐ Oui ☐ Non Si **oui**, précisez la nature et la date :

6- Avez-vous connu des épisodes antérieurs?

☐ Oui ☐ Non Si **oui**, précisez :

Année	Période	
	Du	Au

7- Avez-vous déjà été invalide pour cette condition?

☐ Oui ☐ Non Si **oui**, précisez :

Année	Période	
	Du	Au

8- S'il y a lieu, quel est le pourcentage d'incapacité?

9- Y a-t-il des séquelles ou complications?

☐ Oui ☐ Non Si **oui**, précisez :

10- Travaillez-vous actuellement?

☐ Oui ☐ Non Si **oui**, quelle est votre occupation?

11- Nom et adresse de votre médecin :

Je déclare que les réponses contenues dans ce document sont exactes et complètes et j'accepte qu'elles fassent partie intégrante de ma demande d'assurance.

Date (aaaa-mm-jj)

X

Signature de la personne à assurer
(père, mère ou tuteur s'il s'agit d'un mineur)

X

Signature du témoin