

IDENTIFICATION

Nom de l'assuré: _____ N° contrat: _____
Principal Conjoint Enfant Date de naissance:

		A				M			J	
--	--	---	--	--	--	---	--	--	---	--

INFORMATION

1. A quelle date sont apparus les premiers symptômes?

		A				M			J	
--	--	---	--	--	--	---	--	--	---	--
2. Veuillez cocher les symptômes qui se rapportent à votre condition: Amaigrissement Diarrhée Constipation
 Vomissements Sang dans les selles Douleurs abdominales Hémorragie
3. Avez-vous subi des examens? Lavement baryté Échographie Laparoscopie Endoscopie/sigmoïdoscopie
Autres (préciser) _____ Si oui, fournir les résultats: _____
4. Quel est le diagnostic médical posé? Ulcère (lequel) _____ Diverticulites Colites (Nature) _____
 Autres (précisez) _____
5. Vous a-t-on prescrit des médicaments? Oui Non Si oui, lesquels? _____
6. En prenez-vous encore? Oui Non
7. Quelle est la fréquence des attaques ou épisodes? _____
8. Quelle est la date de la dernière attaque ou épisode?

		A				M			J	
--	--	---	--	--	--	---	--	--	---	--
9. a) Avez-vous été opéré? Oui Non b) Une opération est-elle prévue? Oui Non
Si oui, précisez la nature de l'opération: _____ La date:

		A				M			J	
--	--	---	--	--	--	---	--	--	---	--
10. Période(s) d'arrêt de travail ou d'invalidité? Oui Non
Si oui, précisez la (les) date(s): du

		A				M			J	
--	--	---	--	--	--	---	--	--	---	--

 au

		A				M			J	
--	--	---	--	--	--	---	--	--	---	--

du

		A				M			J	
--	--	---	--	--	--	---	--	--	---	--

 au

		A				M			J	
--	--	---	--	--	--	---	--	--	---	--
11. Êtes-vous complètement rétabli? Oui Non
Si non, préciser quelle est votre condition actuelle: _____
12. Nom et adresse du médecin, qui possède votre dossier: _____

13. S'il vous plaît, fournir toute information additionnelle sur votre condition que vous jugerez utile pour l'évaluation de votre demande d'assurance.

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 ou à co-assurer
(si mineur, signature du père ou de la mère)

