

QUESTIONNAIRE SUR L'ASTHME ET LES AUTRES PROBLÈMES RESPIRATOIRES (À remplir par la personne à assurer)

Nom : _____ Proposition n° _____

1. Éprouvez-vous, ou avez-vous déjà éprouvé, les problèmes respiratoires suivants : bronchitis asthma emphysème
 toux chronique pneumonie autre (préciser) : _____
2. Date du premier accès, dans chaque cas : _____
3. Fréquence et durée des accès : _____
4. Date du dernier accès : _____
5. Gravité des accès: faible modéré grave expectorations sang
6. Avez-vous dû manquer le travail? Oui Non Si oui, veuillez préciser quand, pourquoi et pendant combien de temps.

7. Avez-vous déjà été hospitalisé? Oui Non Si oui, veuillez préciser quand, où et combien de temps et indiquer le diagnostic posé.

8. Êtes-vous actuellement sous traitement ou médication ou vous l'a-t-on prescrit? Oui Non Si oui, nature et doses :

9. Nom et adresse de tous les médecins consultés. Veuillez préciser les dates, les symptômes, les diagnostics et les traitements.

10. Avez-vous: des essoufflements? la respiration sifflante? autre (préciser)?

11. Si oui, à quelle fréquence et en réaction à quoi?

12. Consommez-vous du tabac, sous quelque forme que ce soit? Oui Non Si oui, quelle quantité par jour? _____
 Si vous n'en consommez plus, mais l'avez déjà fait, veuillez dire pendant combien de temps, quelle quantité vous consommiez et la date où vous avez arrêté.

Je déclare que toutes les réponses aux questions du questionnaire et les déclarations faites sont véridiques et complètes et qu'elles font partie de ma proposition d'assurance auprès de BMO Société d'assurance-vie. Je comprends que si je ne réponds pas entièrement et honnêtement à toutes les questions, la compagnie pourrait annuler la police.

Province de signature	Date JJ/MMM/AAAA)	Signature
		Personne à assurer
		X