

### IDENTIFICATION

Nom de l'assuré : \_\_\_\_\_ No de contrat : \_\_\_\_\_  
 Principal  Conjoint  Enfant  Date de naissance | | A | | M | | J | |

### INFORMATION

- Quelle est la date des premiers symptômes? | | A | | M | | J | |  
 Durée : du | | A | | M | | J | | au | | A | | M | | J | |
- Quelle est la région affectée? A) Dos :  Cervicale  Dorsale  Lombar  
 B) Musculo-squelettique :  Épaule  Coude  Genou  Hanche  Main/poignet Précisez :  gauche  Droit  
 Autre : \_\_\_\_\_
- La cause de l'affection est :  Accident  Maladie  Autre  
 Précisez les circonstances et/ou la maladie en cause : \_\_\_\_\_
- Quelle est la fréquence des épisodes? \_\_\_\_\_  
 La durée : du | | A | | M | | J | | au | | A | | M | | J | |
- Diagnostic posé? (Précisez) \_\_\_\_\_
- Avez-vous eu des traitements?  Physiothérapie  Chiropractie  Massothérapie  Autre  
 Si oui, indiquez la fréquence : \_\_\_\_\_ La durée : du | | A | | M | | J | | au | | A | | M | | J | |
- Noms des médicaments prescrits et durée :
 

Nom du médicament :	Durée :
Nom du médicament :	Durée :
Nom du médicament :	Durée :
- 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 | |
- Période d'arrêt de travail ou d'invalidité?  OUI  NON • Si oui, précisez la durée : | | A | | M | | J | | au | | A | | M | | J | |
- Une investigation ou des radiographies ont-elles été effectuées?  OUI  NON  
 Si oui, indiquez la date : | | A | | M | | J | | Résultats : \_\_\_\_\_
- Y a-t-il eu réapparition des symptômes?  OUI  NON • Si oui, précisez la date : | | A | | M | | J | |  
 Durée des périodes : \_\_\_\_\_ Traitement : \_\_\_\_\_ Arrêt de travail : \_\_\_\_\_
- Est-ce que vous êtes complètement rétabli?  OUI  NON  
 Si oui, depuis quelle date? | | A | | M | | J | | Si non, précisez : \_\_\_\_\_
- Souffrez-vous de séquelles/limitations secondaires causées par cette condition?  OUI  NON  
 Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_
- Quelle est votre condition actuelle? \_\_\_\_\_
- Nom et adresse du médecin, qui possède votre dossier? \_\_\_\_\_
- Date de la dernière consultation? | | A | | M | | J | | Résultats? \_\_\_\_\_

### 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 (si mineur, signature du père ou de la mère)

### IDENTIFICATION

Name of insured : \_\_\_\_\_ Contract No. : \_\_\_\_\_  
 Primary  Spouse  Child  Date of Birth | | Y | | M | | D |

### INFORMATION

- When the first symptoms begin? | | Y | | M | | D |  
 Duration : From | | Y | | M | | D | to | | Y | | M | | D |
- What area is affected? A) Back:  Cervicale  Thoracic  Lumbar  
 B) Musculoskeletal:  Shoulder  Elbow  Knee  Hip  Hand/Wrist Specify:  Left  Right  
 Other: \_\_\_\_\_
- The problem is caused by :  Accident  Disease  Other  
 Specify the circumstances and/or disease : \_\_\_\_\_
- How often do these episodes occur? \_\_\_\_\_  
 Duration: From | | Y | | M | | D | to | | Y | | M | | D |
- Diagnosis? (Specify) \_\_\_\_\_
- Have you received treatment?  Physiotherapy  Chiropractor  Massage Therapy  Other  
 If so, how often? \_\_\_\_\_ Duration: From | | Y | | M | | D | to | | Y | | M | | D |
- Names of medications prescribed:
 

Name of medication:	Duration:
Name of medication:	Duration:
Name of medication:	Duration:
- A) Have you been operated?  YES  NO B) Is an operation planned?  YES  NO  
 If so, specify the nature of the operation: \_\_\_\_\_ The date: | | Y | | M | | D |
- Is a work absence or a disability period expected?  YES  NO • If so, specify the dates: | | Y | | M | | D | to | | Y | | M | | D |
- Was an investigation carried out or X-rays taken?  YES  NO  
 If so, when: | | Y | | M | | D | Results: \_\_\_\_\_
- Have symptoms reappeared?  YES  NO • If so, specify the dates: | | Y | | M | | D |  
 Duration of episodes: \_\_\_\_\_ Treatment: \_\_\_\_\_ Work stoppage: \_\_\_\_\_
- Are you completely cured?  YES  NO  
 If so, since when? | | Y | | M | | D | If not, specify: \_\_\_\_\_
- Do you suffer from after-effects/limitations caused by this condition?  YES  NO  
 If so, what?: \_\_\_\_\_
- What is your current condition? \_\_\_\_\_
- Name and address of physician with your file? \_\_\_\_\_
- Date of most recent consultation? | | Y | | M | | D | Results? \_\_\_\_\_

### 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 (if minor, signature of the father or mother)