

IDENTIFICATION

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

Principal Conjoint Enfant

Date de naissance:

A															

INFORMATION

1. Quelle est la date de première crise?

A															

 Dernière crise?

A															
2. Quel est le diagnostic exact? Absence (Petit mal) Tonico-clonique (Grand mal) Myoclonique
 Status épileptique Quelle date?

A															

 Autres (précisez) _____
3. Quelle est la fréquence des crises par année? _____ La durée: _____
4. Quand surviennent les crises? Le jour La nuit seulement Autre(précisez) _____
5. Quelle est la médication prescrite? _____
6. Y a-t-il eu variation du dosage au cours des six derniers mois? Oui Non
Si oui, précisez les dates: du

A															

 au

A															
7. Avez-vous subi des tests? radiographie du crâne E.E.G Cat scan Autre (précisez) _____
Date?

A															

 Quel est le résultat? _____
8. Période(s) d'arrêt de travail ou d'invalidité: Oui Non
Si oui, précisez la (les) date(s): du

A															

 au

A															
9. Souffrez-vous de séquelles ou de limitations secondaires à cette condition? Oui Non
Si oui, préciser lesquelles? _____
10. Date de la dernière consultation?

A															

 Résultats? _____
11. Nom et adresse du médecin qui possède votre dossier: _____
12. 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)

IDENTIFICATION

Name of the Insured: _____ Contract No: _____
Primary Spouse Child Date of Birth: | | Y | | | M | | | D | |

INFORMATION

1. Date of the first crisis? | | Y | | | M | | | D | | Date of the last crisis? | | Y | | | M | | | D | |
2. What is the exact diagnosis? Epileptic absence Tonic-clonic seizure Myoclonic seizure
 Status epilepticus Date? | | Y | | | M | | | D | | Other (specify) _____
3. Frequency of the crisis per year? _____ Duration: _____
4. When do crisis occur? Day At night only Other (specify) _____
5. What is the prescription drug? _____
6. Any variation of the dosage within the last six months? Yes No
If so, please specify the date(s): from | | Y | | | M | | | D | | to | | Y | | | M | | | D | |
7. Did you have any tests? Craniography (X-Rays of the skull) EEG Cat scan Others (specify) _____
Date? | | Y | | | M | | | D | | Results? _____
8. Work absence or disability periods? Yes No
If yes, specify the date(s): from | | Y | | | M | | | D | | to | | Y | | | M | | | D | |
9. Do you suffer from after-effects/limitations caused by this condition? Yes No
If so, please specify: _____
10. Date of the last medical consultation? | | Y | | | M | | | D | | Results? _____
11. Name and address of your treating doctor: _____
16. Please, provide any additional and relevant information on your condition that could help us proceed with your insurance application. _____

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 the witness_____
Date_____
Signature of the person to be insured or co-insured
(if minor, signature of father or mother)