

### IDENTIFICATION

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

A				M				J	

### INFORMATION

1. Quelle est la forme d'arthrite dont vous souffrez?  Arthrose  Rhumatoïde  Infectieuse  
 Goutte  psoriasique  Autres (précisez) \_\_\_\_\_
2. Quelle est la date du premier diagnostic? 

A				M				J	
3. Quelle est la fréquence des attaques ou épisodes? \_\_\_\_\_ Durée: du 

A				M				J	

 au 

A				M				J	
4. Quelle est la date de la dernière attaque ou épisode? 

A				M				J	
5. Quelles sont les articulations affectées?  hanches  Genoux  Colonne vertébrale  
 Autres (précisez) \_\_\_\_\_
6. Quels sont les symptômes?  Raideurs  Rougeur  Enflure  Douleurs  
 Autre (précisez) \_\_\_\_\_
7. Avez-vous eu des traitements?  physiothérapie  chiropractie  massothérapie  
 Autre (précisez) \_\_\_\_\_  
 Si oui, indiquez la fréquence: \_\_\_\_\_ Durée: du 

A				M				J	

 au 

A				M				J	
8. Nom des médicaments prescrits: \_\_\_\_\_ Durée: du 

A				M				J	

 au 

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. Une investigation ou des radiographies ont-elles été effectuées?  Oui  Non  
 Si oui, indiquez la date: 

A				M				J	

 Résultats: \_\_\_\_\_
12. Souffrez-vous de séquelles/limitations secondaires à cette condition?  Oui  Non  
 Si oui, lesquelles? \_\_\_\_\_ :
13. Quelle est votre condition actuelle? \_\_\_\_\_
14. Nom et adresse du médecin, qui possède votre dossier: \_\_\_\_\_
15. Date de la dernière consultation: 

A				M				J	

 Résultats: \_\_\_\_\_
16. 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)

