

Faisant partie intégrante d'une  proposition d'assurance  d'une demande de modification ou d'une  remise en vigueur de la (des) police(s)

Numéro(s)

Sur la tête de

Profession

Date de naissance

A A A A M M J J

1. Êtes-vous ou étiez-vous atteint d'asthme ?
2. Avez-vous eu une toux opiniâtre qui a duré 4 semaines ou plus ?
3. À quel âge avez-vous eu votre première crise d'asthme ?
4. Date de la dernière crise
5. Quelle est la fréquence des crises ?
6. Quelle est la durée habituelle des crises ?
7. Devennent-elle (a) plus fréquentes ? (b) moins fréquentes ?
8. Devennent-elles (a) plus fortes ? (b) moins fortes ?
9. Nombre de crises au cours des deux dernières années ?
10. Les crises surviennent-elles au cours d'une saison particulière de l'année ? Précisez la ou les saisons
11. Quelque chose de particulier provoque-t-il une crise ? Précisez
12. Les crises sont-elles accompagnées d'expectorations ?  
Si oui, précisez (claires, jaunâtres, sanguinolentes, etc.)
13. Avez-vous déjà craché du sang ? Si oui, quand ?
14. Êtes-vous essoufflé ou respirez-vous difficilement (ou bruyamment) après un effort ? Précisez
15. Êtes-vous complètement libre de troubles respiratoires entre les crises ? Si non, précisez
16. Prenez-vous un médicament pour vous soulager d'une crise ?  
Si oui, quel genre ?
17. Avez-vous été hospitalisé à cause de votre asthme ?  
Si oui, précisez quand, où et pour combien de temps ?
18. Avez-vous subi des examens radiologiques ? Si oui,  
(a) Quand ?  
(b) Où ?  
(c) Quels ont été les résultats ?
19. Combien de journées de travail avez-vous perdues ces deux dernières années à cause de votre asthme ?
20. Fumez-vous ? Si oui, combien de cigarettes, etc., par jour ?

Donnez les noms et adresses des médecins consultés à cet effet et la date des consultations

Nom

Nom

Adresse

Adresse

Date

A A A A M M J J

Date

A A A A M M J J

Signé à

Date

A A A A M M J J

Témoin

Signature

