L'Union-Vie
Compagnie mutuelle d'assurance

MUTUELLE

NOM		
PRÉNOM		
DATE DE NAISSANCE J	M	A	N° DE PROPOSITION OU DE POLICE

QUESTIONNAIRE SUR LES TROUBLES RESPIRATOIRES

1. Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de :

❒ Asthme ❒ Bronchite chronique ❒ Bronchite chronique obstructive ❒ Bronchectasie
❒ Emphysème ❒ Allergies (lesquelles) _____

2. Crise ou attaque ou difficulté respiratoire :
(On entend par ces termes le moment où vous avez besoin d'une médication ou d'un bronchodilatateur)

a) Date de la première crise : _____/_____/_____ (J M A) **Date de la dernière crise :** _____/_____/_____ (J M A)

b) Fréquence des crises : _____

c) À quelle période de l'année ont lieu vos crises? _____

d) Les crises sont-elles : ❒ peu sévères ❒ modérées ❒ sévères

3. Êtes-vous complètement libre de troubles respiratoires entre les crises? ❒ Oui ❒ Non
Si non, cochez les symptômes : ❒ Essoufflement ❒ Toux ❒ Râle ❒ Expectoration
❒ Crachement de sang ❒ Respiration sifflante à l'effort

4. Selon vous, quelle est la cause de vos troubles?
❒ Infection respiratoire virale ❒ Bouleversement émotif ❒ Exercices ❒ Air froid
❒ Allergies (pollen, animaux, etc.) ❒ Irritants ambiants (fumée, odeurs, peinture, tabac, etc.)

5. Êtes-vous sous traitement ou prenez-vous des médicaments? ❒ Oui ❒ Non
Si oui : Nom : _____ Fréquence : _____ ❒ au besoin ❒ quotidiennement
Nom : _____ Fréquence : _____ ❒ au besoin ❒ quotidiennement
Nom : _____ Fréquence : _____ ❒ au besoin ❒ quotidiennement

6. Avez-vous besoin ou déjà eu besoin de cortisone ou médicaments analogues? ❒ Oui ❒ Non

Si oui, précisez la date et la durée du traitement : _____

7. Avez-vous déjà été hospitalisé? ❒ Oui ❒ Non **Si oui**, lieu, date et durée : _____

_____

8. Avez-vous consulté dans un service d'urgence depuis 1 an? ❒ Oui ❒ Non

Si oui, combien de fois et l'endroit : _____

9. Examens réalisés et résultats :
- Rx pulmonaire _____
- Bronchoscopie _____
- Test de fonction pulmonaire _____
- Autres _____

10. Nom(s) et adresse(s) du ou des médecins consultés et date de la dernière consultation : _____

_____

11. Faites-vous usage de tabac? ❒ Oui ❒ Non **Si oui**, quantité par jour : _____

Je déclare que l'information ci-dessus est complète et véridique et qu'elle fera partie de ma proposition d'assurance auprès de **L'Union-Vie**.

X_____ X_____
SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER **SIGNATURE DU PROPRIÉTAIRE**

X_____ _____
SIGNATURE DU TÉMOIN **DATE**