

AVIS : Toute demande incomplète ou omission de répondre à toutes les questions, occasionnera des délais supplémentaires pour l'étude de votre dossier.

(A) CONTRAT N°		SECTION N°		No. IDENTIFICATION	
(B) ADHÉRENT/E					
NOM :			LIEU DE NAISSANCE :		
PRÉNOM :			OCCUPATION :		
ADRESSE		N° D'ASSURANCE SOCIALE		DATE DE NAISSANCE	
N°	Rue	App.	Jour	Mois	Année
Ville		Province	Code postal	TAILLE pi. po./cm	
TÉL. : RÉS. : ()		BUR. : ()		POIDS ACTUEL lb/kilo	SEXE
					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
(C) À REMPLIR SI L'ASSURANCE DEMANDÉE EST POUR PERSONNE/S À CHARGE					
CONJOINT					
NOM :			LIEU DE NAISSANCE :		
PRÉNOM :			OCCUPATION :		
SEXE : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DATE DE NAISSANCE		ÂGE	TAILLE pi. po./cm	POIDS ACTUEL lb/kilo
	Jour	Mois	Année		
ENFANT/S					
NOM	PRÉNOM/S		SEXE	DATE DE NAISSANCE	ÂGE
			M F	Jour Mois Année	TAILLE pi.po./cm
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		POIDS ACTUEL lb/kilo
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

POUR CHAQUE RÉPONSE AFFIRMATIVE AUX QUESTIONS SUIVANTES, IDENTIFIEZ LA PERSONNE ET DONNEZ DES EXPLICATIONS À LA SECTION E.

(D) AU COURS DE VOTRE VIE, AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ SOIGNÉ/E POUR L'UNE OU L'AUTRE DES MALADIES ÉNUMÉRÉES CI-DESSOUS OU EN AVEZ-VOUS RESENTI LES SYMPTÔMES?	ADHÉRENT/E		PERS. À CHARGE	
	Oui	Non	Oui	Non
1. Système cardiovasculaire : Douleur dans la poitrine, palpitations, pression artérielle élevée, rhumatisme articulaire aigu, souffle au coeur, crise cardiaque ou autre trouble du coeur ou des vaisseaux sanguins.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Système respiratoire : Asthme, bronchite chronique, emphysème, crachement de sang, tuberculose ou autre trouble respiratoire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Système digestif : Colite, ulcère, hémorragie intestinale ou gastrique, ou autre trouble de l'estomac, de la vésicule biliaire, du foie (hépatite, cirrhose) ou des intestins.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Système génito-urinaire : Sucre, albumine, sang ou pus dans les urines, calcul ou autre trouble des reins, de la vessie, de la prostate ou des organes génitaux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Système endocrinien : Diabète, trouble de la thyroïde ou autre affection endocrinienne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Système musculo-squelettique : Rhumatisme, arthrite, goutte ou affection des muscles ou des os, y compris la colonne vertébrale, le dos et les articulations.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Système nerveux : Convulsions, épilepsie, céphalée, paralysie, maladie dégénérative, dépression ou autre désordre mental ou nerveux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Système immunologique : Avez-vous déjà eu ou vous a-t-on déjà dit que vous aviez une des affections suivantes, ou avez-vous subi des épreuves ou reçu des conseils médicaux pour celles-ci :				
a) SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise), Para SIDA (ARC) ou tout autre trouble immunologique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Hypertrophie des ganglions lymphatiques (glandes), diarrhée chronique, lésions peu communes ou tenaces, infections d'origine inconnue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Générale : Abus d'alcool ou de drogues, anémie ou autre maladie du sang, kyste, tumeur, cancer ou autre désordre physique ou mental non mentionné ci-dessus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(E) DÉTAILS DES RÉPONSES AFFIRMATIVES

N° de la question	Nom de la personne	Maladie, opération, examens traitements, médicaments, résultats	Date	Durée maladie	Nom et adresse des médecins et hôpitaux. Précisez : si hospitalisé/e (combien de temps), traité/e en clinique externe ou au bureau.

(SUITE AU VERSO)

AUTORISATION
NE PAS DÉTACHER S.V.P.

AVIS CONCERNANT LE BUREAU DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX
À DÉTACHER ET À CONSERVER
PAR L'ADHÉRENT/E

