

## QUESTIONNAIRE SUR L'ASTHME ET LES AUTRES PROBLÈMES RESPIRATOIRES

(À remplir par la personne à assurer)

Nom : \_\_\_\_\_ Proposition n° \_\_\_\_\_

- Éprouvez-vous, ou avez-vous déjà éprouvé, les problèmes respiratoires suivants :  bronchite  asthme  
 emphysème  toux chronique  pneumonie  autre (préciser) : \_\_\_\_\_
- Date du premier accès, dans chaque cas : \_\_\_\_\_
- Fréquence et durée des accès : \_\_\_\_\_
- Date du dernier accès : \_\_\_\_\_
- Gravité des accès:  faible  modéré  grave  expectorations  sang
- Avez-vous dû manquer le travail ?  Oui  Non Si oui, veuillez préciser quand, pourquoi et pendant combien de temps.  
\_\_\_\_\_
- Avez-vous déjà été hospitalisé ?  Oui  Non Si oui, veuillez préciser quand, où et combien de temps et indiquer le diagnostic posé. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Êtes-vous actuellement sous traitement ou médication ou vous l'a-t-on prescrit ?  Oui  Non  
Si oui, nature et doses : \_\_\_\_\_
- Nom et adresse de tous les médecins consultés. Veuillez préciser les dates, les symptômes, les diagnostics et les traitements.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Avez-vous:  des essoufflements ?  la respiration sifflante ?  autre (préciser) ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Si oui, à quelle fréquence et en réaction à quoi ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Consommez-vous du tabac, sous quelque forme que ce soit ?  Oui  Non  
Si oui, quelle quantité par jour ? \_\_\_\_\_  
Si vous n'en consommez plus, mais l'avez déjà fait, veuillez dire pendant combien de temps, quelle quantité vous consommiez et la date où vous avez arrêté. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Je sais que les questions et réponses ci-dessus font partie de la proposition d'assurance que j'ai présentée à BMO Société d'assurance-vie le \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ et qu'elles ont la même portée que si elles étaient contenues dans le formulaire de cette proposition.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Témoïn

\_\_\_\_\_  
Personne à assurer