

NOM _____ DOSSIER _____

1. À quel âge avez-vous eu vos premiers symptômes de douleur articulaire ou d'arthrite? _____

2. Quel type d'arthrite avez-vous? Rhumatoïde Arthrose Autre _____3. Prenez-vous des médicaments pour traiter ou contrôler vos symptômes? Oui NonSi vous avez répondu **Oui**, veuillez préciser les médicaments utilisés,
la posologie et la fréquence d'utilisation : _____4. Avez-vous déjà suivi un autre type de traitement? Oui NonSi vous avez répondu **Oui**, veuillez préciser les dates et le nom du médecin. _____

5. Quelles articulations sont touchées? _____

6. Avez-vous besoin d'une canne, de béquilles ou d'un fauteuil roulant? Oui NonSi vous avez répondu **Oui**, veuillez
fournir des précisions. _____7. Cette affection vous limite-t-elle de quelque façon que ce soit? Au travail? À la maison? Oui NonAvez-vous déjà eu une interruption de travail? Oui NonSi vous avez répondu **Oui**, indiquez les dates et la durée de l'interruption de travail. _____

8. Date de votre dernière consultation pour cette affection et résultat : _____

9. Doit-il y avoir d'autres consultations, tests de diagnostic ou actes médicaux relativement à cette affection? Oui NonSi vous avez répondu **Oui**, veuillez
fournir des précisions. _____

Nom du médecin : _____

Dates : _____

DÉCLARATION :

Je déclare qu'à ma connaissance les réponses aux questions précédentes et déclarations connexes sont véridiques et complètes. Je comprends qu'elles feront partie intégrante de ma proposition d'assurance.

Je comprends que si je ne réponds pas entièrement, complètement et honnêtement aux questions ci-dessus (si mes réponses ou affirmations constituent une fausse déclaration), la Compagnie peut annuler cette police.

Date _____ Signature de la personne à assurer _____

VEUILLEZ RETOURNER LE PRÉSENT FORMULAIRE À L'ADRESSE SUIVANTE :**La Compagnie d'assurance-vie Wawanesa, 400-200 Main Street, Winnipeg (Manitoba) R3C 1A8, Tél. : 1-888-997-9965, Téléc. : 1-888-985-3872**