

NOM \_\_\_\_\_ DOSSIER \_\_\_\_\_

1. Avez-vous déjà eu les affections ou symptômes suivants?

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Douleur abdominale | <input type="checkbox"/> Ulcère hémorragique    | <input type="checkbox"/> Sang dans les selles | <input type="checkbox"/> Selles noires |
| <input type="checkbox"/> Diarrhée           | <input type="checkbox"/> Difficulté à avaler    | <input type="checkbox"/> Jaunisse             | <input type="checkbox"/> Vomissement   |
| <input type="checkbox"/> Perte de poids     | <input type="checkbox"/> Autre – précisez _____ |   |  |

2. Avez-vous déjà eu ou vous a-t-on dit que vous aviez les affections suivantes?

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cirrhose             | <input type="checkbox"/> Maladie de Crohn    | <input type="checkbox"/> Ulcère duodéal                     | <input type="checkbox"/> Stéatose hépatique |
| <input type="checkbox"/> Allergie alimentaire | <input type="checkbox"/> Calcul biliaire     | <input type="checkbox"/> Brûlure d'estomac/reflux gastrique | <input type="checkbox"/> Hépatite           |
| <input type="checkbox"/> Hernie hiatale       | <input type="checkbox"/> Indigestion         | <input type="checkbox"/> Syndrome du côlon irritable        | <input type="checkbox"/> Pancréatite        |
| <input type="checkbox"/> Proctite             | <input type="checkbox"/> Ulcère de l'estomac | <input type="checkbox"/> Colite ulcéreuse                   | <input type="checkbox"/> Autre _____        |

3. Veuillez préciser vos symptômes :

Date du premier épisode \_\_\_\_\_ Dernier épisode \_\_\_\_\_ Fréquence des épisodes \_\_\_\_\_ Durée \_\_\_\_\_  
Cause de l'épisode : \_\_\_\_\_ Ce qui vous soulage : \_\_\_\_\_

4. Avez-vous déjà subi des tests de diagnostic pour cette affection?  Oui  NonSi vous avez répondu **Oui**, veuillez préciser : \_\_\_\_\_5. Avez-vous déjà été hospitalisé ou avez-vous déjà subi une chirurgie relativement à votre trouble gastro-intestinal?  Oui  NonSi vous avez répondu **Oui**, veuillez préciser et indiquer la date : \_\_\_\_\_

6. Depuis combien de temps les symptômes ont-ils disparu? \_\_\_\_\_

7. Quels sont votre état et votre traitement actuels? \_\_\_\_\_

8. Vous a-t-on donné une cause ou un diagnostic?  Oui  NonSi vous avez répondu **Oui**, veuillez préciser : \_\_\_\_\_9. Y a-t-il eu ou doit-il y avoir des consultations de suivi, des tests de diagnostic ou des actes médicaux relativement à cette affection?  Oui  NonSi vous avez répondu **Oui**, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

10. Veuillez indiquer les noms et adresses des médecins consultés ainsi que les dates de consultation.

**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 vie.

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**