

NOM _____ DOSSIER _____

1. Quand avez-vous souffert de la première crise épileptique ou convulsion?

Date du premier épisode _____

Date de l'épisode le plus récent _____

Nombre moyen d'épisodes par année _____

Durée moyenne _____

2. Diagnostic ou nature du problème médical :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Grand mal | <input type="checkbox"/> Crise myoclonique |
| <input type="checkbox"/> Petit mal | <input type="checkbox"/> Crise partielle simple |
| <input type="checkbox"/> Épilepsie atonique | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| <input type="checkbox"/> Crise partielle complexe | |

Veuillez préciser : _____

3. Ce problème médical a-t-il déjà nécessité un traitement ou la prise de médicaments?

Veuillez préciser, en indiquant les noms, les posologies, etc.

4. Prenez-vous actuellement des médicaments? Oui Non5. Avez-vous déjà, ou votre enfant a-t-il déjà, subi des tests ou des investigations relativement à ce problème (ex. : électroencéphalogramme (EEG), tomodensitométrie, examen IRM, etc.)? Oui Non

Veuillez indiquer les dates et les résultats : _____

6. Un suivi sera-t-il nécessaire? Oui Non

Veuillez en préciser la fréquence, la raison et les dates : _____

7. Avez-vous déjà, ou votre enfant a-t-il déjà, été hospitalisé en raison de ce problème médical? Oui Non

Veuillez fournir des explications détaillées : _____

8. Votre permis de conduire est-il actuellement suspendu? Oui NonSi vous avez répondu **Oui**, quand la suspension a-t-elle pris effet? _____

9. Nom et adresse du médecin : _____

DÉCLARATION :

Je déclare qu'à ma connaissance mes réponses et déclarations ci-dessus sont véridiques et complètes. Je comprends qu'elles feront partie intégrante de ma proposition d'assurance vie.

Je comprends que si je ne répons 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 Web : wawanesalife.com