

Nom et prénom de l'assuré (en caractères d'imprimerie) : _____

A A A A M M J J

Date de naissance

Numéro du contrat/proposition

1. Quelle est la nature des troubles gastro-intestinaux :

 Maladie de Crohn Colite ulcéreuse Polype Cirrhose Hépatite Pancréatite Tout autre trouble gastro intestinal, précisez : _____

2. Date des premiers symptômes/épisodes A A A A M M J J Date des derniers symptômes/épisodes A A A A M M J J

3. Fréquence des symptômes/épisodes _____

4. Avez-vous déjà fait une échographie, une coloscopie, une gastroscopie ou tout autre test pour l'une des conditions mentionnées ci-haut ? Oui Non

Si oui, remplir le tableau suivant :

Nom du test ou examen	Date	Résultat

5. Vous a-t-on recommandé de faire des tests ou examens de suivi ? Oui Non

Si oui, préciser le test/examen, la date et les résultats (si applicable) : _____

6. Vous a-t-on prescrit une médication ou un traitement ? Oui Non

Si oui, remplir tableau suivant :

Nom du médicament/traitement	Fréquence d'utilisation	Date du dernier usage

7. Avez-vous déjà été hospitalisé pour cette condition ? Oui Non

Si oui, raison : _____

Date : A A A A M M J J Durée : _____

8. Avez-vous déjà subi une chirurgie pour cette condition ? Oui Non

Si oui, type de chirurgie : _____ Date : A A A A M M J J

9. Avez-vous eu des périodes d'arrêt de travail pour cette condition ? Oui Non

Si oui, indiquez la date et la durée de chaque arrêt de travail : Date : A A A A M M J J Durée : _____

Date : A A A A M M J J Durée : _____

Date : A A A A M M J J Durée : _____

10. Veuillez indiquer le nom et l'adresse des médecins et/ou des spécialistes consultés pour cette condition.

Si aucun, veuillez cocher cette case : Aucun

Nom	Adresse	Date de la dernière consultation

11. Informations additionnelles :

12. Déclaration

Je certifie avoir bien compris toutes les questions ci-dessus et que les réponses données sont véridiques et complètes. De plus, je consens à ce qu'elles fassent partie intégrante du contrat demandé.

X

Signature de l'assuré (signature du père, de la mère ou du tuteur légal si l'assuré est mineur)

A A A A M M J J

Date

Protection des renseignements personnels

Beneva vous rappelle qu'elle accorde une grande importance à la protection de vos renseignements personnels. Pour en connaître davantage sur nos pratiques, nous vous invitons à consulter notre Énoncé de confidentialité au [beneva.ca](https://www.beneva.ca).