

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. **Veillez 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** \_\_\_\_\_ | A | A | A | A | M | M | J | J |

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

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](http://beneva.ca).