

Nom et prénom de l'assuré : _____

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Date de naissance

Numéro de contrat / proposition

Troubles respiratoires – Bloc 11. Avez-vous déjà éprouvé les troubles respiratoires suivants ? Oui Non

Si oui, cochez la/les case(s) appropriée(s) :

 Asthme Bronchite chronique Emphysème MPOC (Maladie pulmonaire obstructive chronique) Autre trouble respiratoire, précisez : _____

2. Date du diagnostic : | A | A | A | A | M | M |

3. a) Quelle est la sévérité de votre condition ?

 Léger Modéré Sévère

b) Date du dernier épisode et /ou symptômes : | A | A | A | A | M | M |

c) Fréquence des épisodes et/ ou symptômes : _____

4. Souffrez-vous d'essoufflement, de respiration sifflante ou de toux entre vos épisodes ? Oui Non

Si oui, précisez symptômes et fréquence : _____

5. Avez-vous déjà subi une radiographie pulmonaire, un test de fonction pulmonaire (spirométrie), ou tout autre test respiratoire ou pulmonaire ? Oui Non

Si oui, remplir le tableau suivant :

Nom du test	Date	Résultat

6. a) Vous a-t-on prescrit une médication ? Oui Non

Si oui, remplir le tableau suivant :

Nom du médicament et dosage	Fréquence d'utilisation	Date du premier usage	Date du dernier usage

b) Est ce que votre médication a changé dans les douze (12) dernier mois ? Oui Non

Si oui, précisez : _____

7. 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

8. Avez-vous dû vous rendre à l'urgence ou été hospitalisé pour cette condition au cours des cinq (5) dernières années ? Oui Non

Si oui : Date : | A | A | A | A | M | M | Durée : _____

Date : | A | A | A | A | M | M | Durée : _____

Troubles respiratoires – Bloc 1 (suite)

9. Avez-vous des limitations dans les activités de votre vie quotidienne ou dans vos loisirs en raison de cette condition? Oui Non

Si oui, précisez les limitations : _____

10. Avez-vous eu des périodes d'arrêt de travail en raison de 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 : _____

11. Informations additionnelles :

Apnée du sommeil – Bloc 2

1. Avez-vous reçu un diagnostic d'apnée du sommeil? Oui Non

Si oui, date du diagnostic :

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

2. Quelle est la sévérité de votre apnée ?

Léger Modéré Sévère

3. Quel traitement vous a été prescrit ?

Cpap/Bipap Utilisation nombre de jour par semaine _____ Nombre d'heure par nuit _____

Appareils dentaires

Aucun traitement : précisez la raison : _____

4. Possédez-vous une application d'auto-surveillance de votre traitement tel que : MyAir, Dreammapper etc.? Oui Non

Si oui, date de vérification :

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Indice d'apnée/hypopnée(IAH) du jour : _____

Indice d'apnée/hypopnée (IAH) des 30 derniers jours : _____

5. Informations additionnelles :

Déclaration et signature (doit être signé en tout temps) – Bloc 3

1. 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 de signature

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.