Questionnaire relatif à l'épilepsie

(À remplir par la personne assurée)

Numéro de police :

Nom de la personne assurée : _____ Date de naissance : _____ (JJ/MM/AAAA)

1 Avez-vous eu, ou vous a-t-on déjà dit que vous aviez eu une crise épileptique, des convulsions, une épilepsie ou une perte de connaissance? ..... ○ Oui ○ Non

Si ***« Oui »***, précisez :

a) Date de la première crise : (JJ/MM/AAAA) _____

b) Diagnostic (épilepsie petit mal ou grand mal) : _____

c) Nombre moyen de crises par année : _____

d) Date de la dernière crise : (JJ/MM/AAAA) _____

2 Donnez le nom et l'adresse des médecins ou cliniques que vous avez consultés ainsi que les dates des consultations :

_____

_____

3 Avez-vous passé une radiographie crânienne, une tomodensitométrie (TDM), une imagerie par résonance magnétique (IRM), un électroencéphalogramme (EEG) ou un autre test spécial?..... ○ Oui ○ Non

Si ***« Oui »***, lequel ou lesquels, et quels en ont été les résultats? _____

_____

4 Vous a-t-on prescrit des médicaments ou avez-vous suivi des traitements? _____

5 Prenez-vous toujours des médicaments ou suivez-vous un traitement particulier? ..... ○ Oui ○ Non

Si ***« Oui »***, spécifiez le nom du médicament ou le type de traitement : _____

6 A-t-on déjà révoqué votre permis de conduire en raison de votre maladie? ..... ○ Oui ○ Non

Précisez : _____

_____

_____

7 Autres commentaires : _____

_____

_____

_____

_____

Je reconnais que mes réponses aux questions qui précèdent seront utilisées par ivari pour déterminer le taux de ma prime. Si lesdites réponses ne sont pas véridiques, complètes et correctement consignées, toute police établie en fonction du présent questionnaire pourrait être déclarée nulle et non avenue pour fausse déclaration ou fraude.

J'affirme que j'ai lu toutes les questions et réponses fournies dans ce questionnaire et que les déclarations et réponses qui précèdent sont, à ma connaissance, véridiques, complètes et correctement consignées. Je comprends et consens à ce que le présent questionnaire fasse partie intégrante de ma proposition d'assurance soumise auprès d'ivari.

Fait à (ville) _____ dans la province de _____ le _____ (JJ/MM/AAAA)

_____ _____

Signature de la personne assurée Signature du témoin

MC ivari et les logos ivari sont des marques de commerce d'ivari Holdings ULC. ivari est autorisée à utiliser ces marques.

ENREGISTRER IMPRIMER EFFACER