

Identification

Numéro de police :

Nom de la personne à assurer :

Prénom de la personne à assurer :

Date de naissance : / /
année / mois / jour

Section apnée du sommeil

1. Avez-vous déjà complété un test du sommeil ? Oui Non

Si Oui : Avez-vous reçu un diagnostic d'apnée du sommeil et quelle était la date du diagnostic? _____

Si Non : Vous a-t-on conseillé ou recommandé d'effectuer un test du sommeil qui n'est pas encore complété Oui Non

Si Oui : Quand est-il prévu de le faire? _____

2. Quelle est la sévérité de votre condition : Légère Modéré Sévère

3. Avez-vous besoin d'un traitement pour votre condition? _____

Si Oui : Veuillez préciser le type de traitement (PPC(Presion Positive Continue) – aussi appelé machine CPAP) ou autre ? _____

4. Suivez-vous votre traitement tel que prescrit par votre médecin? Oui Non

5. À quelle fréquence par semaine utilisez votre traitement? _____

6. Avez-vous des complications associées à votre apnée du sommeil? Oui Non

Si Oui : veuillez fournir les détails :



Section apnée du sommeil (suite)

Je soussigné déclare que les réponses aux questions ci-dessus sont complètes et véridiques et qu'elles serviront de base au contrat d'assurance avec Humania Assurance.

Fait à : _____

le :

--	--	--	--

 /

--	--

 /

--	--

année / mois / jour

Signature du témoin _____

Signature de la personne à assurer _____

Humania Assurance Inc., 1555, rue Girouard Ouest, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6