



ASTHMA OR BRONCHITIS QUESTIONNAIRE

Certificate Number: _____

Association: _____

Name: _____

Birthdate: _____
Day/Month/Year

1. Do you suffer or have you ever suffered from Asthma, bronchitis or chronic cough? Yes No
(circle which one)

2. Has hospital care been required? Yes No

If "yes", elaborate, including date(s): _____

3. Describe a typical attack and how it interferes with your daily activities.

4. Are you now under treatment or taking medication or using an inhaler? Yes No

If "yes", what and how often? _____

5. Have you ever required inhaler medication, prednisone, cortisone or injections? Yes No

If "yes", elaborate (include date(s): _____

6. Are you short of breath, or do you wheeze, at rest or on exertion? Yes No

If "yes", describe symptoms: _____

7. Do you cough up sputum most days or have frequent chest colds? Yes No

If "yes", elaborate: _____

8. When did this first start to bother you?

9. How frequent have the attacks been in the past year?

10. When did the last attack occur?

11. How long does an attack usually last?

12. How much time have you lost from work in the past 2 years because of Asthma, bronchitis or chronic cough?

13. What medication have you taken?

14. When did you last have a chest X-ray, respiratory function test or an examination by a specialist? (Indicate which one)

15. Give names and addresses of all doctors consulted, with dates.

I understand that this declaration is a material part of this application and will be relied upon by The Maritime Life Assurance Company in determining my insurability.

I understand that any material misstatement in this declaration, or elsewhere in this application, will render the certificate, if issued, voidable.

I declare that the above answers are true and complete and together with the application form the basis of the contract.

Signed at _____ this _____ day of _____

Signature of Witness

Signature of Proposed Insured

Questionnaire sur l'asthme ou la bronchite N° de certificat : _____

Association : _____

Nom : _____

Date de naissance : _____
Jour/Mois/Année

1. Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert d'asthme, de bronchite ou de toux chronique?
(Encerclez les troubles en question) Oui Non

2. A-t-il fallu que vous soyez hospitalisé?
(Dans l'affirmative, précisez) Oui Non

3. Veuillez décrire une crise typique et la façon dont elle vous empêche de vous livrer à vos activités quotidiennes.

4. Êtes-vous en traitement ou prenez-vous des médicaments à l'heure actuelle ou utilisez-vous un inhalateur?
(Dans l'affirmative, lesquels et à quelle fréquence?) Oui Non

5. Avez-vous déjà eu à avoir recours à un inhalateur, à la prednisone, cortisone ou aux injections?
Dans l'affirmative, précisez (inclure les dates) : Oui Non

6. Avez-vous le souffle court ou la respiration sifflante au repos ou à l'effort?
Dans l'affirmative, décrivez les symptômes : Oui Non

7. Expectorez-vous la plupart des jours ou souffrez-vous fréquemment de rhumes de poitrine?
Dans l'affirmative, précisez : Oui Non

8. Quand avez-vous ressenti les premiers symptômes?

9. Fréquence des crises au cours des douze derniers mois?

10. Quand la dernière crise est-elle survenue?

11. Combien de temps les crises durent-elles d'habitude?

12. Combien de temps avez-vous perdu au travail au cours des deux dernières années en raison d'asthme, de bronchite ou de toux chronique?

13. Quels médicaments avez-vous pris?

14. À quand remonte votre dernière radiographie des poumons, le dernier test des fonctions respiratoires ou le dernier examen auprès d'un spécialiste? (Précisez lequel)

15. Donnez le nom et l'adresse de tous les médecins consultés, et les dates des consultations.

Je suis informé que cette déclaration est une partie importante de la présente proposition et que La Maritime, compagnie d'assurance-vie se basera sur elle pour déterminer mon assurabilité.

Je suis informé qu'un renseignement inexact important dans cette déclaration, ou ailleurs dans la présente proposition, rend le certificat, si émis, annulable.

Je déclare que les réponses ci-dessus sont vraies et complètes et que, conjointement avec le formulaire de proposition, elles forment la base du contrat.

Fait à _____ ce _____ jour de _____

Signature du témoin

Signature de la personne à assurer