

QUESTIONNAIRE SUR L'EXPOSITION À LA COVID-19 (CORONAVIRUS)

Nom de la personne assurée	Numéro de police
----------------------------	------------------

Veuillez répondre aux questions suivantes en fournissant le plus de détails possible :

1. Avez-vous (ou l'enfant assuré a-t-il) ressenti tout symptôme parmi les suivants au cours des 14 derniers jours? oui non

- Fièvre
- Rhinorrhée (écoulement nasal)
- Toux
- Mal de gorge
- Essoufflement
- Symptômes gastro-intestinaux : nausée, vomissement et/ou diarrhée
- Fatigue rappelant la grippe
- Perte du goût ou de l'odorat

Si vous avez répondu « oui », avez-vous (ou l'enfant assuré a-t-il) obtenu un résultat négatif au test de dépistage de la COVID-19 pour ces symptômes? oui non

Veuillez fournir les détails de tous les symptômes et la date à laquelle vous les avez ressentis la dernière fois :

2. Au cours de 14 derniers jours, avez-vous (ou l'enfant assuré a-t-il) été en contact étroit avec une personne qui avait ou qui a déjà eu des symptômes de la COVID-19? oui non – si oui, veuillez fournir des détails, y compris la date du contact, les circonstances et tout symptôme ressenti :

3. Avez-vous (ou l'enfant assuré a-t-il) déjà obtenu un résultat positif à un test de dépistage de la COVID-19 ou vous a-t-on déjà dit que vous aviez la COVID-19? oui non

Si vous avez répondu « oui », avez-vous (ou l'enfant assuré a-t-il) été hospitalisé(e) ou passé du temps au service des urgences? oui non

Si vous avez répondu « oui », veuillez indiquer la date du test, la date et la durée de l'admission à l'hôpital ou de la visite aux urgences et la date et les détails des derniers symptômes :

4. Avez-vous (ou l'enfant assuré a-t-il) des complications ou des symptômes résiduels en lien avec la COVID-19 ou une infection possible à la COVID-19? Est-ce que vous (ou l'enfant assuré) avez été avisés que vous aviez la COVID-19 longue ou le syndrome post-COVID-19 ou soupçonnez-vous l'avoir? oui non - si oui, veuillez fournir les détails :

DÉCLARATION

Je confirme que les réponses que j'ai fournies sont véridiques à ma connaissance et que je n'ai omis aucune information importante de nature à influencer l'évaluation ou l'acceptation de cette proposition.

J'accepte que ce formulaire fasse partie intégrante de ma proposition d'assurance et que l'omission de divulguer tout fait important dont j'ai connaissance puisse invalider mon assurance.

Signature de la personne assurée (ou du parent/tuteur légal) X	Signé à	Date
--	---------	------