UV ASSURANCE

| NOM | |
|---|---|
| PRÉNOM | |
| DATE DE NAISSANCE J M A | N$^{O}$ DE PROPOSITION OU DE POLICE |

# QUESTIONNAIRE MALADIE

**Références :** _____

1. **Date de l'apparition des premiers symptômes :** _____/_____/_____ (J / M / A)
2. **Veuillez décrire dans vos mots les symptômes ressentis :** _____
   _____
   _____
3. **Date(s), nom(s) et adresse(s) du ou des médecin(s) consulté(s) :** _____
   _____
   _____
4. **Diagnostic médical posé :** _____
5. **Tests passés et résultats :**
   Test : _____ Date : _____ Résultat : _____
   Test : _____ Date : _____ Résultat : _____
   Test : _____ Date : _____ Résultat : _____
   Test : _____ Date : _____ Résultat : _____
6. **Traitements prescrits :** _____
   _____
   _____
7. **Médicaments prescrits :** _____
   _____
8. **Avez-vous subi une chirurgie? Expliquez :** _____
   Date : _____/_____/_____ (J / M / A) Endroit : _____
9. **Vous êtes-vous absenté du travail?** ❒ Oui ❒ Non **Si oui**, précisez : _____
   du : ____/____/____ (J M A) au : ____/____/____ (J M A) Si plus d'une fois : du : ____/____/____ (J M A) au : ____/____/____ (J M A)
10. **Êtes-vous complètement rétabli?** ❒ Oui ❒ Non
    **Si non**, expliquez : _____
11. **Avez-vous des séquelles permanentes?** ❒ Oui ❒ Non
    **Si oui**, expliquez : _____
12. **D'autres consultations médicales sont-elles à prévoir? Précisez :** _____

Je déclare que l'information ci-dessus est complète et véridique et qu'elle fera partie de ma proposition d'assurance auprès de **L'Union-Vie**.

X_____ **SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER**

X_____ **SIGNATURE DU PROPRIÉTAIRE**

X_____ **SIGNATURE DU TÉMOIN**

_____ **DATE**


C.P. 696, Drummondville (Québec) J2B 6W9 ■ Téléphone : 819 478-1315 ■ Sans frais : 800 567-0988 ■ Télécopieur : 819 474-1990
UV Assurance est une raison sociale et marque de commerce de L'Union-vie, compagnie mutuelle d'assurance.