

NOM			
PRÉNOM			
DATE DE NAISSANCE			N° DE PROPOSITION OU DE POLICE
J	M	A	

QUESTIONNAIRE POUR MAL DE TÊTE

1. **Date du premier :** _____ **Date du dernier :** _____

2. **Fréquence :** _____

3. **Intermittent** _____ **continuuel** _____ **bref** _____ **prolongé** _____

4. **Douleur ressentie au :** front _____ dessus _____ derrière _____ côtés _____

5. **Symptômes ou indications associés?**

a) vision, champs de vision, doubles visions : _____

b) engourdissements, picotements : _____

c) faiblesse musculaire : _____

d) nausées, vomissements : _____

e) étourdissements, perte de l'ouïe : _____

f) difficulté à marcher ou à garder l'équilibre : _____

g) fatigue anormale : _____

h) maladie des reins : _____

i) convulsions : _____

j) tension artérielle élevée : _____

6. **Vos maux de tête sont-ils reliés à?**

a) tension nerveuse : _____

b) allergies : _____

c) médicaments : _____

d) cycle menstruel : _____

7. **Avez-vous dû vous absenter de votre travail à cause de ces problèmes?** Oui Non

Si oui, durée et dates des absences : _____

8. **Avez-vous passé ou devez-vous passer des tests?** Oui Non

Si oui, lesquels et résultats : _____

9. **Quel diagnostic a été fait?** _____

10. **Quels traitements ont été prescrits?** _____

11. **Noms et adresses de tous les médecins consultés :** _____

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 _____ X _____
SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER SIGNATURE DU PROPRIÉTAIRE

X _____
SIGNATURE DU TÉMOIN DATE