

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

QUESTIONNAIRE POUR PROBLÈMES GASTRO-INTESTINAUX

1. Date des premiers symptômes : _____
2. Fréquence des attaques (ou douleurs) : _____
3. Date des derniers symptômes : _____
4. Les symptômes sont-ils ou étaient-ils en relation avec les repas? _____
5. Symptômes :

<input type="checkbox"/> vomissements	<input type="checkbox"/> douleurs diminuées par nourriture
<input type="checkbox"/> selles noires	<input type="checkbox"/> douleurs survenant après avoir mangé
<input type="checkbox"/> autres détails : _____	
6. Avez-vous perdu du poids dans les derniers 6 mois? Oui Non Si oui, combien : _____
7. Quel est le diagnostic posé par votre médecin? _____

8. Avez-vous déjà subi des examens radiologiques ou tests spéciaux? Oui Non
Si oui, date, endroit et résultats : _____
9. Avez-vous déjà subi ou subirez-vous une opération à cet effet? Oui Non
Si oui, précisez : _____
10. Si vous avez subi une opération, ressentez-vous encore des symptômes? Oui Non
Si oui, de quelle nature : _____
11. Suivez-vous actuellement un régime alimentaire? Oui Non
12. Êtes-vous encore sous traitement? Oui Non
Si oui, nom des médicaments ou dosage : _____
13. Nom et adresse du médecin traitant : _____

14. Date de dernière consultation : _____

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