

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