

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

## QUESTIONNAIRE POUR RHUMATISME, ARTHRITE OU GOUTTE

1. Quel est le diagnostic exact du médecin? (ex : rhumatisme, arthrite rhumatoïde, arthrite ankylosante etc.)

\_\_\_\_\_

2. La maladie est-elle : Bénigne  Modérée  Sévère

3. Site des douleurs (ex : mains, poignets, genoux etc.) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Symptômes :  température  rougeurs des articulations  
 raideurs  gonflements des articulations

5. Est-ce que des médicaments ont été prescrits?  Oui  Non Si oui, complétez le tableau suivant :

Nom du médicament	Dose	Fréquence	Date du dernier usage

6. Quelle est la fréquence des douleurs? \_\_\_\_\_

7. Avez-vous été retenu au lit? Oui  Non  Si oui, date et durée \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Avez-vous été retenu à la maison? Oui  Non  Si oui, date et durée \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Avez-vous été hospitalisé? Oui  Non  Si oui, date, durée, endroit : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. Avez-vous dû vous absenter du travail?  Oui  Non Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Date : du : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ au : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Si plus d'une fois : du : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ au : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
J M A J M A J M A J M A

11. Pourcentage d'incapacité (précisez) : \_\_\_\_\_

12. Avez-vous des troubles secondaires? Oui  Non  Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13. Nom et adresse des 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