

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

QUESTIONNAIRE SUR L'ÉPILEPSIE, LES CONVULSIONS ET LES PERTES DE CONSCIENCE

1. a) **Avez-vous déjà eu ou vous a-t-on dit que vous souffriez de?**
 Épilepsie _____ Convulsions _____ Périodes d'évanouissement _____ Aura _____ Autre(s) _____

b) SVP donnez le diagnostic exact ou la nature de la condition dont vous souffrez? (absences (petit mal), crises atoniques, crises myocloniques, crises tonico-cloniques généralisées (grand mal), crises partielles simples, crises partielles complexes, crises épilepsie nocturnes ou autres)

2. **Date de la première crise :** _____

3. **Date de la dernière crise :** _____

4. **Combien en avez-vous eu? _____ Fréquence :** _____

5. **La perte de conscience fut-elle totale?** Oui Non **Si oui, quelle fut la durée?** _____

6. **Avez-vous des symptômes ou des avertissements d'une crise?** Oui Non
Si oui, décrivez vos symptômes : _____

7. **Donnez les noms et adresses des médecins consultés ainsi que les dates de dernières consultations :**

8. **Quels sont les médicaments ou traitements prescrits?** _____

9. **Êtes-vous encore sous traitement ou médication?** Oui Non
Si non, depuis quand n'êtes-vous plus sous traitement ou médication? _____
Est-ce avec l'accord de votre médecin que vous avez cessé le traitement ou la médication? _____

10. **Avez-vous eu :** - des radiographies du crâne? Oui Non
 - E.E.G.? Oui Non
 - Autres? Oui Non **Spécifiez :** _____
Quels furent les résultats? _____

11. **Quelle est votre version du diagnostic et de la cause de votre maladie?** _____

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