

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

QUESTIONNAIRE RELATIF AUX MAUX DE DOS

1. **Date de début des maux de dos :** _____

2. **Avez-vous eu plus d'un épisode?** Oui Non
Si oui, expliquez : _____

3. **Qu'est-ce qui amène la douleur?** _____

4. **Quelle est la fréquence des douleurs?** _____

5. **Nom(s) du (des) médecin(s) consulté(s) et date(s) :** _____

6. **Diagnostic :** _____

7. **Avez-vous passé des tests?** Oui Non
Si oui, lesquels et inscrire les résultats : _____

8. **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

9. **Avez-vous eu des traitements de chiropratique, physiothérapie, ostéopathie, etc.?** Oui Non
Si oui, complétez le tableau suivant :

Type de traitement	Nom du thérapeute ou de la clinique	Adresse	Fréquence	Date de la dernière consultation

10. **Êtes-vous limité dans vos activités à cause des douleurs?** Oui Non
Si oui, donnez les détails : _____

11. **Avez-vous été obligé de vous absenter du travail?** Oui Non **Date :** du ____/____/____ au ____/____/____
Si plus d'un épisode : **Date :** du ____/____/____ au ____/____/____

12. **Êtes-vous complètement rétabli?** Oui Non
Si non, donnez les détails : _____

13. **Est-ce qu'il y a eu réapparition des symptômes?** Oui Non
Si oui, expliquez : _____

14. **Avez-vous des séquelles?** _____

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 _____ DATE
 SIGNATURE DU TÉMOIN