

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

QUESTIONNAIRE SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE

1. Date de l'événement : ____ / ____ / ____
J M A

2. Localisation exacte de la douleur ou de la blessure : _____

3. Comment cette blessure vous est-elle arrivée? _____

4. Quelle est la fréquence des douleurs? _____

5. Diagnostic médical posé : _____

6. 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

7. Avez-vous eu des traitements tels que physiothérapie, chiropratique, 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

8. Votre blessure a-t-elle nécessité le port d'un appareil orthopédique quelconque? Oui Non
Si oui, expliquez : _____

9. Avez-vous subi une opération? Oui Non **Si oui**, le type d'opération : _____
 Date : ____ / ____ / ____ Endroit : _____
J M A

10. Durée de l'arrêt de travail : du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____
J M A J M A
Si plus d'une fois : du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____
J M A J M A

11. Êtes-vous complètement rétabli? Oui Non **Si oui**, depuis quand : ____ / ____ / ____
J M A
Si non, expliquez : _____

12. Avez-vous des séquelles permanentes? _____

13. Nom(s) et adresse(s) du ou des médecin(s) consulté(s) : _____

14. D'autres consultations médicales sont-elles à prévoir : _____

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