L'Union-Vie
Compagnie mutuelle d'assurance

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

QUESTIONNAIRE MALADIE

Références : _____

1. **Date de l'apparition des premiers symptômes :** _____/_____/_____ (J M A)
2. **Veuillez décrire dans vos mots les symptômes ressentis :** _____
3. **Date(s), nom(s) et adresse(s) du ou des médecin(s) consulté(s) :** _____
4. **Diagnostic médical posé :** _____
5. **Tests passés et résultats :**
   Test : _____ Date : _____ Résultat : _____
   Test : _____ Date : _____ Résultat : _____
   Test : _____ Date : _____ Résultat : _____
   Test : _____ Date : _____ Résultat : _____
6. **Traitements prescrits :** _____
7. **Médicaments prescrits :** _____
8. **Avez-vous subi une chirurgie? Expliquez :** _____
   Date : _____/_____/_____ (J M A) Endroit : _____
9. **Vous êtes-vous absenté du travail?** ❒ Oui ❒ Non **Si oui**, précisez : _____
   du : ____/____/____ (J M A) au : ____/____/____ (J M A) Si plus d'une fois : du : ____/____/____ (J M A) au : ____/____/____ (J M A)
10. **Êtes-vous complètement rétabli?** ❒ Oui ❒ Non
    Si non, expliquez : _____
11. **Avez-vous des séquelles permanentes?** ❒ Oui ❒ Non
    Si oui, expliquez : _____
12. **D'autres consultations médicales sont-elles à prévoir? Précisez :** _____

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