



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

QUESTIONNAIRE POUR MAL DE TÊTE

1. Date du premier : _____ Date du dernier : _____

2. Fréquence : _____

3. Intermittent _____ continuels _____ bref _____ prolongé _____

4. Douleur ressentie au : front _____ dessus _____ derrière _____ côtés _____

5. Symptômes ou indications associés?

- a) vision, champs de vision, doubles visions : _____
- b) engourdissements, picotements : _____
- c) faiblesse musculaire : _____
- d) nausées, vomissements : _____
- e) étourdissements, perte de l'ouïe : _____
- f) difficulté à marcher ou à garder l'équilibre : _____
- g) fatigue anormale : _____
- h) maladie des reins : _____
- i) convulsions : _____
- j) tension artérielle élevée : _____

6. Vos maux de tête sont-ils reliés à?

- a) tension nerveuse : _____
- b) allergies : _____
- c) médicaments : _____
- d) cycle menstruel : _____

7. Avez-vous dû vous absenter de votre travail à cause de ces problèmes? Oui Non

Si oui, durée et dates des absences : _____

8. Avez-vous passé ou devez-vous passer des tests? Oui Non

Si oui, lesquels et résultats : _____

9. Quel diagnostic a été fait? _____

10. Quels traitements ont été prescrits? _____

11. Noms et adresses de tous les 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