L'Union-Vie
Compagnie mutuelle d'assurance

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

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 : _____/_____/_____ (J / M / A) Endroit : _____
10. **Durée de l'arrêt de travail :** du _____/_____/_____ (J / M / A) au _____/_____/_____ (J / M / A)
Si plus d'une fois : du _____/_____/_____ (J / M / A) au _____/_____/_____ (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_____ _____
SIGNATURE DU TÉMOIN **DATE**