

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

QUESTIONNAIRE POUR RHUMATISME, ARTHRITE OU GOUTTE

1. Quel est le diagnostic exact du médecin? (ex : rhumatisme, arthrite rhumatoïde, arthrite ankylosante etc.)

2. La maladie est-elle : Bénigne Modérée Sévère

3. Site des douleurs (ex : mains, poignets, genoux etc.) : _____

4. Symptômes : température rougeurs des articulations
 raideurs gonflements des articulations

5. 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

6. Quelle est la fréquence des douleurs? _____

7. Avez-vous été retenu au lit? Oui Non Si oui, date et durée _____

8. Avez-vous été retenu à la maison? Oui Non Si oui, date et durée _____

9. Avez-vous été hospitalisé? Oui Non Si oui, date, durée, endroit : _____

10. Avez-vous dû vous absenter du travail? Oui Non Si oui, précisez : _____

Date : du : ___/___/___ au : ___/___/___ Si plus d'une fois : du : ___/___/___ au : ___/___/___

J M A J M A J M A J M A

11. Pourcentage d'incapacité (précisez) : _____

12. Avez-vous des troubles secondaires? Oui Non Si oui, précisez : _____

13. Nom et adresse des 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