



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

## QUESTIONNAIRE SUR L'ÉPILEPSIE, LES CONVULSIONS ET LES PERTES DE CONSCIENCE

1. a) **Avez-vous déjà eu ou vous a-t-on dit que vous souffriez de?**  
Épilepsie \_\_\_\_\_ Convulsions \_\_\_\_\_ Périodes d'évanouissement \_\_\_\_\_ Aura \_\_\_\_\_ Autre(s) \_\_\_\_\_

b) SVP donnez le diagnostic exact ou la nature de la condition dont vous souffrez? (absences (petit mal), crises atoniques, crises myocloniques, crises tonico-cloniques généralisées (grand mal), crises partielles simples, crises partielles complexes, crises épilepsie nocturnes ou autres)

\_\_\_\_\_

2. **Date de la première crise :** \_\_\_\_\_

3. **Date de la dernière crise :** \_\_\_\_\_

4. **Combien en avez-vous eu? \_\_\_\_\_ Fréquence :** \_\_\_\_\_

5. **La perte de conscience fut-elle totale?** Oui  Non  **Si oui, quelle fut la durée?** \_\_\_\_\_

6. **Avez-vous des symptômes ou des avertissements d'une crise?** Oui  Non   
**Si oui, décrivez vos symptômes :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. **Donnez les noms et adresses des médecins consultés ainsi que les dates de dernières consultations :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. **Quels sont les médicaments ou traitements prescrits?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. **Êtes-vous encore sous traitement ou médication?** Oui  Non   
**Si non, depuis quand n'êtes-vous plus sous traitement ou médication?** \_\_\_\_\_

**Est-ce avec l'accord de votre médecin que vous avez cessé le traitement ou la médication?** \_\_\_\_\_

10. **Avez-vous eu :** - des radiographies du crâne? Oui  Non   
- E.E.G.? Oui  Non   
- Autres? Oui  Non  Spécifiez : \_\_\_\_\_

**Quels furent les résultats?** \_\_\_\_\_

11. **Quelle est votre version du diagnostic et de la cause de votre maladie?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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