

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

QUESTIONNAIRE RELATIF AUX MAUX DE DOS

1. Date de début des maux de dos : _____

2. Avez-vous eu plus d'un épisode? Oui Non
Si oui, expliquez : _____

3. Qu'est-ce qui amène la douleur? _____

4. Quelle est la fréquence des douleurs? _____

5. Nom(s) du (des) médecin(s) consulté(s) et date(s) : _____

6. Diagnostic : _____

7. Avez-vous passé des tests? Oui Non
Si oui, lesquels et inscrire les résultats : _____

8. 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

9. Avez-vous eu des traitements de chiropratique, physiothérapie, 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

10. Êtes-vous limité dans vos activités à cause des douleurs? Oui Non
Si oui, donnez les détails : _____

11. Avez-vous été obligé de vous absenter du travail? Oui Non Date : du ____/____/____ au ____/____/____
Si plus d'un épisode : Date : du ____/____/____ au ____/____/____

12. Êtes-vous complètement rétabli? Oui Non
Si non, donnez les détails : _____

13. Est-ce qu'il y a eu réapparition des symptômes? Oui Non
Si oui, expliquez : _____

14. Avez-vous des séquelles? _____

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 _____ DATE
SIGNATURE DU TÉMOIN