

## QUESTIONNAIRE RELATIF À DES TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX

(À remplir par la personne à assurer)

Nom : \_\_\_\_\_ Proposition n° \_\_\_\_\_

1. Date des premiers symptômes \_\_\_\_\_

2. Date de la dernière crise et fréquence des crises \_\_\_\_\_

3. Les attaques deviennent-elles plus fréquentes ? \_\_\_\_\_

4. Avez-vous :  des vomissements?  des selles noires ?  des symptômes qui s'estompent lorsque vous mangez ?

Les attaques se produisent-elles environ toujours au même intervalle après l'absorption de nourriture ?  Oui  Non

À d'autres moments (précisez) \_\_\_\_\_

5. Avez-vous perdu du poids au cours des six derniers mois ?  Oui  Non Dans l'affirmative, indiquez combien et, si vous le savez, pourquoi. \_\_\_\_\_

6. Quand et pourquoi avez-vous consulté votre médecin traitant la dernière fois ? \_\_\_\_\_

7. Nom et adresse du médecin : \_\_\_\_\_

8. Comment avez-vous compris le diagnostic ? \_\_\_\_\_

Si c'était un ulcère, vous a-t-on dit qu'il était  duodénal  gastrique  autre \_\_\_\_\_

9. Vous a-t-on conseillé de suivre un régime ou de prendre des médicaments ?  Oui  Non

10. Avez-vous (ou vous l'a-t-on recommandé) subi:  une radiographie ?  d'autres examens ?  une opération ?

consulté d'autres médecins ? Si oui, donnez le nom des médecins ou des hôpitaux, les dates et le résultats. \_\_\_\_\_

11. Si vous avez subi une opération, vos problèmes sont-ils réapparus ?  Oui  Non Si oui, indiquez les symptômes, leur fréquence, leur plus récente manifestation et le nom de tout médecin ou hôpital consulté pour cette récurrence. \_\_\_\_\_

12. Êtes-vous encore sous traitement ?  Oui  Non Si oui, veuillez préciser (type, quantité, fréquence) \_\_\_\_\_

Je sais que les questions et réponses ci-dessus font partie de la proposition d'assurance que j'ai présentée à BMO Société d'assurance-vie le \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ et qu'elles ont la même portée que si elles étaient contenues dans le formulaire de cette proposition.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

Témoignage

Personne à assurer