

QUESTIONNAIRE RELATIF AU MAL DE DOS (À remplir par la personne à assurer)

Nom : _____ Proposition n° _____

1. Quand avez-vous eu des douleurs de dos pour la première fois?
- a) Date du premier symptôme: _____
 - b) Date du dernier symptôme: _____
 - c) Fréquence des douleurs: _____
 - d) Durée du plus long symptôme: _____

2. Lieu précis de la douleur?
- cou (cervical) milieu (thoracique ou dorsal) bas (lombaire ou lombo-sacrée)

3. Est-ce que les douleur s'irradient à d'autres parties du corps? Oui Non
- Si oui, donnez les détails: _____
- _____

4. Diagnostic de votre médecin?
- _____
- _____

- 5.
- a) Avez-vous fait une radiographie? Oui Non
 - b) Avez-vous déjà eu des traitements ou chirurgies? Oui Non
 - c) Avez-vous déjà été hospitalisé? Oui Non
 - d) Avez-vous été obligé de vous absenter du travail? Oui Non
 - e) Êtes-vous limité dans vos activités? Oui Non
 - f) Avez-vous pris des médicaments? Oui Non
 - g) Prenez-vous des médicaments actuellement? Oui Non

Si oui, donnez les détails: _____

6. Depuis combien de temps vous n'avez eu aucun symptôme: _____

7. Nom et adresse du ou des médecin(s) consulté(s) et date(s):
- _____
- _____

8. Nom et adresse de votre médecin de famille:
- _____
- _____

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 _____

Témoïn

Personne à assurer