

QUESTIONNAIRE RELATIF AUX MAUX DE TÊTE (À remplir par la personne à assurer)

Nom : _____ Proposition n° _____

- De quand date votre première céphalée ? _____ À quand remonte la dernière ? _____
- À quelle fréquence se produisent vos maux de tête ? _____
- Sont-ils : intermittents ? continus ? brefs ? prolongés ?
- Quelle partie de la tête touchent-ils habituellement ? front sommet arrière côtés
- Sont-ils accompagnés des symptômes suivants ?

<input type="checkbox"/> Vision embrouillée, lacune de champ visuel	<input type="checkbox"/> Perte d'équilibre, démarche titubante
<input type="checkbox"/> diplopie	<input type="checkbox"/> Somnolence anormale
<input type="checkbox"/> Engourdissement, fourmillements	<input type="checkbox"/> Troubles du foie
<input type="checkbox"/> Faiblesse musculaire	<input type="checkbox"/> Perte de conscience
<input type="checkbox"/> Nausée, vomissements	<input type="checkbox"/> Hypertension
<input type="checkbox"/> Étourdissements, perte d'audition	
- Y a-t-il un lien entre vos maux de tête et :

<input type="checkbox"/> le système nerveux ?	<input type="checkbox"/> des médicaments ?
<input type="checkbox"/> des allergies ?	<input type="checkbox"/> votre cycle menstruel ?
- Avez-vous subi (ou vous l'a-t-on recommandé) des épreuves diagnostiques ? Oui Non
Si oui, veuillez préciser (date, type d'épreuve, nom du médecin). _____

- Quel diagnostic a été posé ? _____
- Quel traitement vous a-t-on prescrit ? _____
- Veillez indiquer quels médecins vous avez consultés pour vos maux de tête et à quelles dates.

Nom	Adresse	Dates
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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