

QUESTIONNAIRE SUR L'ÉPILEPSIE (À remplir par la personne à assurer)

Nom: _____ Proposition n° _____

1. Avez-vous déjà eu, ou vous a-t-on déjà dit que vous aviez au : en évanouissement ? une aura ? une crise ?
 des convulsions ? Si oui, décrivez les symptômes : _____

2. Date et type de la première crise : _____ de la dernière : _____
3. À quelle fréquence les crises se produisent-elles ? _____
4. Perdez-vous complètement conscience ? Oui Non Si oui, pendant combien de temps? _____
5. Vos crises s'annoncent-elles par une aura ou quelque autre avertissement ? Oui Non Si oui, veuillez préciser.

6. Donnez le nom et l'adresse des médecins que vous avez consultés pour les problèmes ci-dessus et indiquez les dates des consultations.

7. Quelle médication ou autre traitement vous a-t-on prescrit ? _____

8. Si vous suivez actuellement un traitement pharmacologique ou autre, décrivez-le en détail (type, quantité et fréquence).

9. Avez-vous passé : une radiographie crânienne un électroencéphalogramme un examen TDM ?
 d'autres examens spécialisés (préciser lesquels) ? _____
Quand, où et quels ont été les résultats ? _____
10. Comment comprenez-vous le diagnostic et la cause de votre maladie ? _____

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