

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?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
b) Avez-vous déjà eu des traitements ou chirurgies?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
c) Avez-vous déjà été hospitalisé?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
d) Avez-vous été obligé de vous absenter du travail?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
e) Êtes-vous limité dans vos activités?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
f) Avez-vous pris des médicaments?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
g) Prenez-vous des médicaments actuellement?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> 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 déclare que toutes les réponses aux questions du questionnaire et les déclarations faites sont véridiques et complètes et qu'elles font partie de ma proposition d'assurance auprès de BMO Société d'assurance-vie. Je comprends que si je ne répons pas entièrement et honnêtement à toutes les questions, la compagnie pourrait annuler la police.

Province de signature	Date JJ/MMM/AAAA)	Signature
		Personne à assurer
		X