

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 consultation.

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 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