

**QUESTIONNAIRE RELATIF À DES TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX** (À remplir par la personne à assurer)

Nom : \_\_\_\_\_ Proposition n° \_\_\_\_\_

1. Date des premiers symptômes? \_\_\_\_\_
2. Date de la dernière crise et fréquence des crises? \_\_\_\_\_
3. Les attaques deviennent-elles plus fréquentes? \_\_\_\_\_
4. Avez-vous :  des vomissements?  des selles noires?  des symptômes qui s'estompent lorsque vous mangez?  
 Les attaques se produisent-elles environ toujours au même intervalle après l'absorption de nourriture?  Oui  Non  
 À d'autres moments (précisez) \_\_\_\_\_
5. Avez-vous perdu du poids au cours des six derniers mois?  Oui  Non Dans l'affirmative, indiquez combien et, si vous le savez, pourquoi.  
 \_\_\_\_\_
6. Quand et pourquoi avez-vous consulté votre médecin traitant la dernière fois?  
 \_\_\_\_\_
7. Nom et adresse du médecin :  
 \_\_\_\_\_
8. Comment avez-vous compris le diagnostic? \_\_\_\_\_  
 Si c'était un ulcère, vous a-t-on dit qu'il était  duodéal  gastrique  autre \_\_\_\_\_
9. Vous a-t-on conseillé de suivre un régime ou de prendre des médicaments?  Oui  Non
10. Avez-vous (ou vous l'a-t-on recommandé) subi:  une radiographie?  d'autres examens?  une opération?  consulté d'autres médecins?  
 Si oui, donnez le nom des médecins ou des hôpitaux, les dates et le résultats.  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
11. Si vous avez subi une opération, vos problèmes sont-ils réapparus?  Oui  Non  
 Si oui, indiquez les symptômes, leur fréquence, leur plus récente manifestation et le nom de tout médecin ou hôpital consulté pour cette récidence.  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
12. Êtes-vous encore sous traitement?  Oui  Non Si oui, veuillez préciser (type, quantité, fréquence)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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