

**QUESTIONNAIRE RELATIF AUX MAUX DE TÊTE (À REMPLIR PAR LA PERSONNE À ASSURER)**

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

1. De quand date votre première céphalée? \_\_\_\_\_ À quand remonte la dernière? \_\_\_\_\_
2. À quelle fréquence se produisent vos maux de tête? \_\_\_\_\_
3. Sont-ils :     intermittents?     continus?     brefs?     prolongés?
4. Quelle partie de la tête touchent-ils habituellement?     front     sommet     arrière     côtés
5. 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	
6. 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?
7. 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).  
 \_\_\_\_\_
8. Quel diagnostic a été posé? \_\_\_\_\_
9. Quel traitement vous a-t-on prescrit? \_\_\_\_\_
10. Veuillez indiquer quels médecins vous avez consultés pour vos maux de tête et à quelles dates.

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

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 réponds 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