

INFORMATIONS GÉNÉRALES

NOM	DATE DE NAISSANCE	NUMÉRO DE CONTRAT
-----	-------------------	-------------------

I – HISTOIRE MÉDICALE

- Symptômes : Douleur Enflure Raideur
 Rougeur Autre (préciser) : _____
- Date des premiers symptômes : _____ Date de la dernière crise/épisode : _____
- Fréquence des crises/épisodes : _____ Durée : _____
- Articulations affectées : Genou Main Hanche
 Colonne vertébrale Autre (préciser) : _____
- Examens subis : Radiographie Autre (préciser) : _____
 Date : _____ Résultats : _____
- Diagnostic médical : Arthrose Goutte Psoriasis
 Rhumatoïde Infectueuse Autre (préciser) : _____

II – TRAITEMENTS

- Médicaments prescrits (dosage et posologie) : _____
- Sous médication actuellement : Non Oui (préciser) : _____
- Traitements requis : Chiropractie Physiothérapie
 Massothérapie Autre (préciser) : _____
- Fréquence des traitements : _____
- Chirurgie : Non Oui (préciser) : _____ Date : _____
- Chirurgie à venir : Non Oui (préciser) : _____ Date : _____

III – INVALIDITÉ

- Arrêt de travail : Non Oui Date : _____ Durée : _____
- Période d'invalidité : Non Oui Date : _____ Durée : _____
- Limitation / séquelle : Non Oui (préciser) : _____
- Condition actuelle : _____

IV – MÉDECIN TRAITANT

- Nom et adresse du médecin qui possède le dossier médical : _____
- Date de la dernière consultation : _____ Résultats : _____

V – INFORMATIONS ADDITIONNELLES CONCERNANT VOTRE CONDITION

Je certifie avoir pris connaissance de toutes les questions ci-dessus et que les réponses données ont été fidèlement reproduites. De plus, je consens à ce qu'elles servent de base au contrat demandé.

 Signature du témoin

 Date

 Signature de la personne à assurer ou à co-assurer.
 Si elle a moins de 18 ans, signature du père ou de la mère