

Identification

Numéro de police :

Nom de la personne à assurer :

Prénom de la personne à assurer :

Date de naissance : / /

année / mois / jour

Section troubles et douleurs musculo-squelettiques

1. Veuillez cocher toutes les maladies ou les troubles desquels vous souffrez ou qui vous occasionnent des douleurs :

- Arthrite Arthrose Rhumatisme Autre _____

2. Veuillez cocher toutes les régions corporelles touchées : Cou Colonne vertébrale Poignets Mains Épaules

- Hanches Genoux Chevilles Pieds Autre _____

3. Les régions corporelles touchées, sont-elles déformées ? Oui Non

4. Depuis quand souffrez-vous de cette maladie ? / /

année / mois / jour

a) Fréquence des épisodes : _____

b) Durée moyenne des épisodes : _____

c) Date du plus récent épisode : / /

année / mois / jour

5. Est-ce qu'en raison de cette maladie vous avez été contraint de réduire ou de limiter vos activités habituelles au travail ou à la maison ? Oui Non

Si oui, décrivez les restrictions et limitations : _____



Troubles et douleurs musculo-squelettiques (suite)

6. Avez-vous consulté un médecin, un physiothérapeute, un chiropraticien ou tout autre professionnel de la santé pour votre maladie ou vos troubles ? Oui Non

Si oui, veuillez préciser le nom, la spécialité et l'adresse de chaque professionnel consulté :

Nom	Spécialité	Adresse
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

7. Veuillez énumérer les médicaments que vous prenez actuellement :

Nom du médicament	Dose	Fréquence
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

8. Avez-vous été absent du travail à cause de cette condition ? Oui Non

Si oui, dates et durée de l'absence : _____

Je soussigné(e) déclare que les réponses aux questions ci-dessus sont complètes et véridiques et qu'elles serviront de base au contrat d'assurance avec Humania Assurance.

Fait à : _____

le :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>			
				année	/			mois	/			jour

Signature du témoin : _____

Signature de la personne à assurer : _____