

**Identification**Numéro de police : Nom de la personne à assurer : Prénom de la personne à assurer : Date de naissance :  /  /   
année / mois / jour**Section commotion cérébrale, fracture du crâne, traumatisme crânien**1. Date de l'accident ?  /  /   
année / mois / jour2. Y a-t-il eu fracture du crâne ?  Oui  Non

3. Durée de l'inconscience après l'accident ? Heures ? \_\_\_\_\_ Jours ? \_\_\_\_\_

4. Depuis l'accident, avez-vous souffert de :

- Perte de conscience  Épilepsie  Évanouissements  Étourdissements  Convulsions  Paralyse  Maux de tête
- Neurasthénie  Confusion mentale  Perte de mémoire  Autres

Si oui, précisez nombres de crises ou attaques, dates, durée moyenne dans chaque cas : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Avez-vous encore des symptômes ?  Oui  Non

Si non, depuis quand êtes-vous rétabli de tout symptôme ? \_\_\_\_\_

5. Avez-vous été opéré(e) ? pour cette condition  Oui  NonSi oui, date, nature de la chirurgie et résultat \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Nom et adresse de l'hôpital : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Commotion cérébrale, fracture du crâne, traumatisme crânien (suite)

6. Avez-vous saigné des oreilles, du nez ou de la bouche lors de l'accident ?  Oui  Non

7. Avez-vous eu une ponction lombaire ?  Oui  Non

Si oui, résultat : \_\_\_\_\_

8. Avez-vous eu une radiographie du crâne ou autres tests diagnostiques ?  Oui  Non

Si oui, date et résultat : \_\_\_\_\_

9. Avez-vous eu à vous absenter 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 : 

--	--	--	--

 / 

--	--

 / 

--	--

  
année / mois / jour

Signature du témoin : \_\_\_\_\_

Signature de la personne à assurer : \_\_\_\_\_