



## 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 : 

□	□	□	□	□	□	□	□
année		/	mois		/	jour	

Signature du témoin : \_\_\_\_\_

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