

troubles gastro-intestinaux (suite)

7. Avez-vous fait des tests ? Oui Non

Radiographie, types : dates et résultats : _____

Gastroskopie : dates et résultats : _____

Colonoscopies : dates et résultats : _____

Autre, spécifié : _____

8. Prenez-vous des médicaments ? Oui Non

Si oui, détails : _____

9. Vous a-t-on recommandé une chirurgie ? Oui Non

Si oui, détails : _____

10. Êtes-vous libéré de tout symptôme ? Oui Non

Si oui, depuis quand ? _____

11. Nom et adresse de votre médecin de famille : _____

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

Signature du témoin : _____

Signature de la personne à assurer : _____