

IdentificationNuméro 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 Paralysie 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 : _____