

**Identification**

Numéro de police :

Nom de la personne à assurer :

Prénom de la personne à assurer :

Date de naissance :  /  /   
ann<sup>ée</sup> / 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 ?  /  /   
ann<sup>ée</sup> / mois / jour

a) Fréquence des épisodes : \_\_\_\_\_

b) Durée moyenne des épisodes : \_\_\_\_\_

c) Date du plus récent épisode :  /  /   
ann<sup>ée</sup> / 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 : \_\_\_\_\_