

Important : Remplir en caractères d'imprimerie et répondre à chacune des sections avec le plus de précision possible.

N° de proposition ou de contrat _____

Prénom de l'assuré(e) _____ Nom _____

Date de naissance

Section A – Informations sur la maladie

Références _____

1. Quelle est la date de l'apparition des premiers symptômes?

2. Veuillez décrire dans vos mots les symptômes ressentis.

3. Veuillez indiquer les date(s), nom(s) et adresse(s) du ou des médecin(s) consulté(s).

Date	Nom du médecin	Adresse de l'hôpital ou centre de traitement
<input type="text" value="J J M M A A A A"/>		
<input type="text" value="J J M M A A A A"/>		
<input type="text" value="J J M M A A A A"/>		

4. Quel diagnostic médical a été posé? _____

5. Veuillez indiquer les tests passés, la date et les résultats.

Test	Date	Résultat
	<input type="text" value="J J M M A A A A"/>	
	<input type="text" value="J J M M A A A A"/>	
	<input type="text" value="J J M M A A A A"/>	
	<input type="text" value="J J M M A A A A"/>	

6. Quels ont été les traitements prescrits? _____

7. Quels ont été les médicaments prescrits? _____

8. Avez-vous subi une chirurgie? Non Oui **Si oui**, expliquez : _____

Date Endroit _____

9. Vous êtes-vous absenté du travail? Non Oui **Si oui**, précisez : _____

Du au

Si plus d'une fois, du au

10. Êtes-vous complètement rétabli? Non Oui

Si non, expliquez : _____

11. Avez-vous des séquelles permanentes? Non Oui

Si oui, expliquez : _____

12. D'autres consultations médicales sont-elles à prévoir? Non Oui

Si oui, précisez : _____

Section B – Signatures

Je déclare que l'information ci-dessus est complète et véridique et qu'elle fera partie de ma proposition d'assurance auprès de UV Assurance.

Signé à _____ J | J | M | M | A | A | A | A

X _____ **X** _____
Signature de la personne à assurer Signature du propriétaire

X _____
Signature du témoin