

<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> Nom	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> Prénom
Date de naissance: <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> Année Mois Jour </div>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> N° de proposition ou de contrat

- 1** Avez-vous déjà eu :
- a) Des pertes de conscience? Oui Non
 - b) Des convulsions? Oui Non
 - c) Des crises d'épilepsie? Oui Non

2 Date de la première crise:

Année
Mois

3 Date de la dernière crise:

Année
Mois

4 Nombre de crises par année: _____

5 Avez-vous passé :

a) Un électroencéphalogramme? Oui Non **Si oui**, date:

Année
Mois

b) D'autres tests? Oui Non **Si oui**, précisez.

Tests/examens	Résultats (le cas échéant)	Date
		<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <small>Année Mois</small>
		<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <small>Année Mois</small>
		<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <small>Année Mois</small>

6 Prenez-vous des médicaments? Oui Non **Si oui**, depuis quand?

Année
Mois

Précisez lesquels. _____

Si non, en avez-vous déjà pris? Oui Non

Si oui, précisez quels médicaments, la raison et la date de cessation. _____

7 Nom et adresse de votre médecin traitant: _____

8 Nom et adresse complète de tous les médecins ou autres professionnels de la santé consultés à ce sujet.

Nom	Adresse	Date de consultation								
_____	_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>Année</td><td> </td><td> </td><td>Mois</td> </tr> </table>					Année			Mois
Année			Mois							
_____	_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>Année</td><td> </td><td> </td><td>Mois</td> </tr> </table>					Année			Mois
Année			Mois							
_____	_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>Année</td><td> </td><td> </td><td>Mois</td> </tr> </table>					Année			Mois
Année			Mois							

9 Fournissez tout renseignement additionnel pertinent. _____

Je reconnais et conviens que les réponses contenues dans ce questionnaire sont complètes et véridiques.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____ .

_____ _____

Signature de la personne à assurer ou de son tuteur légal si la personne à assurer a moins de 18 ans au Québec ou moins de 16 ans à l'extérieur du Québec

Signature du témoin