

Prénom et nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Numéro de référence : n° de demande, n° de police, n° de contrat ou d'adhésion

1. Vos crises d'épilepsie sont-elles caractérisées par :

- a) de simples étourdissements? Oui Non
 b) une perte complète de connaissance? Oui Non
 c) une agitation des membres? Oui Non

2. Crises d'épilepsie :

- a) date de la première crise (aaaa-mm-jj) : _____
 b) date de la dernière crise (aaaa-mm-jj) : _____
 c) durée des crises : _____
 d) fréquence des crises : _____

3. Avez-vous déjà été admis à l'urgence à la suite d'une crise d'épilepsie?
 Si **oui**, indiquez la date et le nom de l'hôpital :

Oui Non

4. Avez-vous dû vous absenter de votre travail ou de votre école en raison d'une crise d'épilepsie?
 Si **oui**, indiquez :

Oui Non

- la date (aaaa-mm-jj) : _____
 • la durée en nombre de jours : _____

5. Prenez-vous ou avez-vous pris des médicaments contre l'épilepsie?
 Si **oui**, indiquez :

Oui Non

- le nom des médicaments : _____
 • le dosage : _____
 • la fréquence d'usage : _____
 • la date de la dernière utilisation (aaaa-mm-jj) : _____

6. Avez-vous subi :	Date	Endroit	Résultats
<input type="checkbox"/> E.E.G.			
<input type="checkbox"/> Scanographie			
<input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) :			

7. Veuillez indiquer le nom et l'adresse des médecins consultés :

Je déclare que les réponses contenues dans ce document sont exactes et complètes et j'accepte qu'elles fassent partie intégrante de ma demande d'assurance.

Date (aaaa-mm-jj)

X

Signature de la personne à assurer
(père, mère ou tuteur s'il s'agit d'un mineur)

X

Signature du témoin