

Sponsored Markets

File Number: _____

Association: _____

HEADACHE QUESTIONNAIRE



Birthdate: _____
(Day/Month/Year)

Name: _____

Agent Name: _____

Agent Number: _____

1. When did headache(s) first occur? _____

2. When was the last occurrence? _____

3. How often do they occur? _____

4. Are they: Intermittent Continuous Brief Prolonged

5. Which part of the head is usually affected? Front Top Back Sides

6. Are there any associated symptoms or signs of:

- | | | | |
|---|--|---|--|
| (a) Abnormal vision, visual fields, double vision | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | (b) Unsteadiness of gait or limbs, staggering | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| (c) Numbness, tingling | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | (d) Undue sleepiness | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| (e) Muscle weakness | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | (f) Kidney disorder | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| (g) Nausea, vomiting | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | (h) Seizures | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| (i) Dizziness, hearing loss | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | (j) High blood pressure | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |

7. Is there any relationship between headache(s) and:

- | | | | |
|-------------------------------|--|-----------------------------|--|
| (a) Nervous tension or stress | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | (b) Medications | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| (c) Allergies | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | (d) Menstrual cycle (women) | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |

8. Have any special diagnostic tests been done or recommended to be done? Yes No

EEG (electroencephalogram) CT Scan X-ray of skull MRI Other

Give date(s) of tests done or scheduled and results, if known: _____

9. What was the diagnosis? _____

10. What treatment was prescribed? _____

11. Are you currently taking medication? Yes No

If "Yes", give type and dosage: _____

12. Have you lost time from work or school because of headaches? Yes No

13. Give names and addresses of all doctors consulted for headaches along with dates consulted: _____

14. Which physician has full details? _____

I understand that the above statements are true and complete. I agree that this declaration is a material part of my application and will be relied upon by The Maritime Life Assurance Company in determining my insurability.

Dated at _____ this _____ day of _____ 20_____

Signed _____ Signed _____
Witness Proposed Insured

QUESTIONNAIRE SUR LES MAUX DE TÊTE



Date de naissance : _____
(Jour/Mois/Année)

Nom: _____

Nom de l'agent : _____

N° d'agent : _____

1. Quand avez-vous eu des maux de tête pour la première fois? _____

2. Quand en avez-vous eus la dernière fois? _____

3. À quelle fréquence avez-vous des maux de tête? _____

4. Sont-ils : Intermittents Continuels Brefs Prolongés

5. Quelle partie de la tête est habituellement touchée? Front Dessus Derrière Côtés

6. Avez-vous des symptômes ou signes des troubles connexes suivants :

(a) Vue ou champs visuels anormaux, vision double Oui Non (b) Tremblements dans la démarche ou les membres, démarche chancelante Oui Non

(c) Engourdissements, picotements Oui Non (d) Somnolence excessive Oui Non

(e) Faiblesse musculaire Oui Non (f) Troubles rénaux Oui Non

(g) Nausées, vomissements Oui Non (h) Crises cérébrales Oui Non

(i) Étourdissements, perte de l'ouïe Oui Non (j) Hypertension Oui Non

7. Y a-t-il un rapport entre les maux de tête et :

(a) Tension nerveuse ou stress Oui Non (b) Médicaments Oui Non

(c) Allergies Oui Non (d) Cycle menstruel (femmes) Oui Non

8. Des tests diagnostics particuliers ont-ils été subis ou recommandés? Oui Non

EEG (électroencéphalogramme) Scanographie Radiographie du crâne IRM Autre

Donnez les dates des tests subis ou prévus et les résultats, s'ils sont connus. _____

9. Quel a été le diagnostic? _____

10. Quel traitement vous a-t-on prescrit? _____

11. Prenez-vous actuellement des médicaments? Oui Non

Dans l'affirmative, indiquez le genre et la posologie : _____

12. Vous êtes-vous absenté du travail ou de l'école en raison de maux de tête? Oui Non

13. Donnez le nom et l'adresse de tous les médecins consultés pour maux de tête ainsi que les dates de consultation : _____

14. Quel médecin possède tous les détails? _____

Il est entendu que les déclarations ci-dessus sont véridiques et complètes. J'accepte que la présente déclaration fasse partie intégrante de ma proposition et La Maritime, compagnie d'assurance-vie se fondera sur cette dernière pour déterminer mon assurabilité.

Fait à _____ ce _____ jour d _____ 20_____

Signature _____ Signature _____

Témoïn

Personne à assurer