Équitable[MC]

Siège social
1, chemin Westmount Nord
C. P. 1603, succursale Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4C7

Tél. s. f. : 1 800 722-6615 **Téléc. :** 519 883-7422
indnewbus@equitable.ca | equitable.ca/fr

QUESTIONNAIRE RELATIF AUX TROUBLES NERVEUX

Nom de la personne à assurer :	Date de naissance :	N° de contrat :

1. Avez-vous déjà présenté l'un des signes suivants : (remplissez toutes les cases)

la fatigue	☐ Oui	☐ Non	la dépression	☐ Oui	☐ Non
l'insomnie	☐ Oui	☐ Non	la perte de poids	☐ Oui	☐ Non
le nervosité	☐ Oui	☐ Non	des pensées suicidaires	☐ Oui	☐ Non
un trouble de l'alimentation	☐ Oui	☐ Non	des tentatives suicidaires	☐ Oui	☐ Non

2. Selon vous, quelle en est la cause?

_____

3. Veuillez fournir le nom et l'adresse de tous les médecins et les thérapeutes que vous avez consulté pour les conditions ci-dessus :

_____

4.(a) Quand avez-vous consulté pour la première fois une ou un médecin ou thérapeute pour l'une de ces conditions ci-dessus et quel a été le diagnostic?

_____

4.(b) Quand avez-vous consulté pour la dernière fois une ou un médecin ou thérapeute pour l'une de ces conditions et quelle était la fréquence des visites?

_____

5. Suivez-vous un traitement ou prenez-vous des médicaments sur ordonnance ou sans ordonnance? ☐ Oui ☐ Non

   Dans l'affirmative, veuillez fournir le nom des médicaments, la dose et la fréquence : _____

   Dans la négative, veuillez fournir la date où vous avez cessé l'utilisation : _____

6. Avez-vous déjà été hospitalisé ou vous a-t-on déjà recommandé d'être hospitalisé? Avez-vous déjà subi des analyses? ☐ Oui ☐ Non
   Dans l'affirmative, veuillez fournir les noms, les dates, les adresses et les recommandations :

   _____

7. Vos symptômes sont-ils : ☐ résolus ☐ inchangés ☐ plus graves
8. Vous êtes-vous absenté de votre travail à cause des problèmes mentionnés ci-dessus? ☐ Oui ☐ Non
   Dans l'affirmative, veuillez indiquer la durée et les dates :

   _____

9. Quel est votre consommation moyenne d'alcool, de vin ou de bière par semaine?

   _____

10. Consommez-vous de la marijuana, de la cocaïne, ou d'autres drogues illicites ou créant une dépendance? ☐ Oui ☐ Non
    Dans l'affirmative, veuillez préciser le type et la fréquence d'utilisation :

    _____

Je déclare que les réponses et énoncés ci-dessus sont complets et exacts et qu'ils font partie intégrante de ma proposition d'assurance vie avec l'Équitable[MD], compagnie d'assurance vie du Canada.

Date	Témoin	Personne à assurer

Remarque : Équitable ne peut garantir le caractère privé et la confidentialité de tout renseignement transmis par Internet, puisque les communications par courrier électronique sont susceptibles d'être interceptées. En conséquence, Équitable ne sera pas tenue responsable de toute perte ou tout dommage que vous pourriez subir si vos renseignements sont interceptés et utilisés à mauvais escient. Si vous préférez nous soumettre vos renseignements par tout autre moyen, veuillez communiquer avec nous au 1 800 668-4095.