



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 | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | la dépression | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| l'insomnie | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | la perte de poids | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| le nervosité | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | des pensées suicidaires | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| un trouble de l'alimentation | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | des tentatives suicidaires | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 :



QUESTIONNAIRE RELATIF AUX TROUBLES NERVEUX

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}.

Date

Personne à assurer

Remarque : L'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, l'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.