



## 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 : \_\_\_\_\_

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, compagnie d'assurance vie du Canada.*

Date \_\_\_\_\_ Témoin \_\_\_\_\_ Personne à assurer \_\_\_\_\_