

NOM		
PRÉNOM		
DATE DE NAISSANCE		N° DE PROPOSITION OU DE POLICE
J	M	A

QUESTIONNAIRE RELATIF AUX MALADIES NERVEUSES OU TROUBLES ÉMOTIFS

1. Date d'apparition des symptômes en rapport avec cette condition : ____/____/____
J M A

2. Veuillez cocher les problèmes associés à cette condition :

fatigue insomnie dépression nervosité perte de poids idées suicidaires
 tentative de suicide palpitations tremblements autres, précisez : _____

3. Quels ont été les facteurs d'aggravation de vos symptômes : _____

4. Veuillez cocher les activités qui ont été affectées par cette condition et donner les détails :

travail _____
 cours/école _____
 travaux domestiques _____
 activités sportives _____

5. Période d'arrêt de travail ou d'invalidité, s'il y a lieu : du : ____/____/____ au : ____/____/____
J M A J M A
 Si plus d'un épisode, veuillez préciser : du : ____/____/____ au : ____/____/____
J M A J M A

6. Diagnostic médical posé : _____

7. Nom(s) et adresse(s) du ou des médecins consultés : _____

8. Prenez-vous des médicaments? Oui Non Si oui, lesquels : _____

9. Depuis les six derniers mois, votre médication a-t-elle été modifiée? Oui Non
 Si oui, précisez : _____

10. Est-ce que votre condition a nécessité une hospitalisation? Oui Non
 Si oui, inscrivez la date, l'endroit et la durée : _____

11. Suivez-vous ou avez-vous suivi une thérapie complémentaire avec un médecin, psychiatre ou psychologue : Oui Non
 Précisez : _____

12. Êtes-vous complètement rétabli(e)? Oui Non Si oui, depuis quand? _____

13. Consommation (par semaine) de : vin _____ bière _____ spiritueux _____

14. Avez-vous déjà consommé des drogues?
 Si oui, précisez : _____

Je déclare que l'information ci-dessus est complète et véridique et qu'elle fera partie de ma proposition d'assurance auprès de **L'Union-Vie**.

X _____ X _____
 SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER SIGNATURE DU PROPRIÉTAIRE

X _____
 SIGNATURE DU TÉMOIN DATE