

IDENTIFICATION

Nom de l'assuré: _____ Contrat n°: _____
 Principal Conjoint Enfant Date de naissance | | A | | M | | J | |

INFORMATION

- Veuillez préciser la date des premiers symptômes de:

<input type="checkbox"/> Fatigue	A M J	<input type="checkbox"/> Nervosité/anxiété	A M J
<input type="checkbox"/> Dépression	A M J	<input type="checkbox"/> Perte de poids	A M J
<input type="checkbox"/> Insomnie	A M J	<input type="checkbox"/> Autres: _____	A M J

Quelle était la cause de ces symptômes? _____
- Avez-vous déjà eu des idées suicidaires? NON OUI
- Veuillez cocher les activités qui ont été affectées par cette condition et donner les détails:

Aucune activité affectée

Le travail Détails: _____

Les cours/l'école Détails: _____

Les travaux à la maison Détails: _____

Les activités sociales/sportives Détails: _____
- Période d'arrêt de travail s'il y a lieu: Du | | A | | M | | J | | au | | A | | M | | J | | AUCUNE
- Diagnostic médical posé: _____
- Nom(s) et adresse(s) du (des) médecin(s) consulté(s): _____
- Médicaments prescrits et dosage suggéré: _____
- Durée du traitement: Du | | A | | M | | J | | au | | A | | M | | J | |
- Est-ce que cette condition a nécessité une hospitalisation? NON OUI

Si oui: Du | | A | | M | | J | | au | | A | | M | | J | |

Nom et adresse de l'hôpital: _____
- Avez-vous suivi ou suivez-vous une thérapie complémentaire avec un médecin, un psychiatre, un psychologue ou un psychothérapeute?

NON OUI • Nom et adresse du médecin ou thérapeute: _____
- Depuis les six derniers mois, avez-vous modifié votre médication? NON OUI

Si oui, spécifiez les modifications: _____
- Êtes-vous complètement rétabli? NON OUI Si oui, depuis quand? | | A | | M | | J | |
- Prenez-vous présentement des médicaments? NON OUI Si oui, précisez: _____
- D'autres consultations médicales ou thérapeutiques sont-elles à prévoir? NON OUI

Si oui, veuillez nous fournir les détails: _____
- Avez-vous souffert de plus d'un épisode? NON OUI

Si oui, veuillez nous fournir les dates, les durées et les traitements: Du | | A | | M | | J | | au | | A | | M | | J | |

Du | | A | | M | | J | | au | | A | | M | | J | | Du | | A | | M | | J | | au | | A | | M | | J | |

DÉCLARATION

Je certifie avoir pris connaissance de toutes les questions ci-dessus et que les réponses données ont été fidèlement reproduites. De plus, je consens à ce qu'elles servent de base au contrat d'assurance demandé.

Signature du témoin (agent)

Date

Signature de la personne à assurer ou à co-assurer
(si elle a moins de 18 ans, signature du père ou de la mère)