



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

QUESTIONNAIRE DÉFICIT DE L'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITÉ

1. **De quel trouble s'agit-il :**

<input type="checkbox"/> Trouble de déficit de l'attention (TDA)	<input type="checkbox"/> Trouble de comportement
<input type="checkbox"/> Trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH)	<input type="checkbox"/> Agressivité
<input type="checkbox"/> Trouble d'opposition avec provocation	<input type="checkbox"/> Impulsivité
<input type="checkbox"/> Autres : _____	

2. **Date du diagnostic :** ____/____/____

3. **Est-ce qu'une médication est nécessaire :** Oui Non

Si oui :
Nom du médicament : _____
Posologie : _____
Fréquence de la prise du médicament : _____

4. **Est-ce qu'un psychologue ou un psychiatre a déjà été consulté :** Oui Non

Si oui :
Date de la (des) consultation(s) : _____
Nom et adresse complète du spécialiste : _____

5. **Est-ce qu'il y a présence de troubles nerveux associés :** Oui Non

Si oui, détails : _____

6. **Niveau de scolarité atteint :** _____

7. **Est-ce qu'il y a eu absence de l'école ou du travail pour cette condition :** Oui Non

Si oui, Du : _____ Au : _____

8. **Est-ce qu'il y a un bon contrôle des symptômes :** Oui Non

Si non, précisez : _____

9. **Nom et adresse du médecin consulté pour ce(s) trouble(s) :** _____

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