L'Union-Vie
Compagnie mutuelle d'assurance

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

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**