
QUESTIONNAIRE SUR LES TROUBLES MENTAUX OU NERVEUX (À remplir par la personne à assurer)

Nom: _____ Proposition n° _____

1. Date des premiers signes de: fatigue _____ dépression _____ pensées suicidaires _____
insomnie _____ perte de poids _____ nervosité _____

Leur cause, selon vous : _____

2. Nom et adresse du médecin qui vous traite actuellement pour ces problèmes : _____

3. Date de votre première consultation pour ces problèmes et diagnostic posé alors : _____

4. Description de tout traitement (médication ou autre), notamment la posologie : _____

5. Les symptômes : ont diminué sont restés inchangés se sont aggravés

6. Êtes-vous encore sous traitement ? Oui Non

7. Fréquence de vos visites au médecin désigné ci-dessus et date de la dernière : _____

8. Avez-vous été hospitalisé, ou vous l'a-t-on recommandé, et avez-vous subi des examens ? Oui Non

Si oui, veuillez préciser les noms, les dates, les adresses et les recommandations. _____

9. Avez-vous déjà manqué le travail à cause des problèmes indiqués ci-dessus ? Oui Non

Si oui, indiquez les dates et les durées. _____

10. Quelle est votre consommation moyenne d'alcool, de vin et de bière par semaine ? _____

11. Avez-vous déjà pris des drogues non prescrites par un médecin ? Oui Non

Je sais que les questions et réponses ci-dessus font partie de la proposition d'assurance que j'ai présentée à BMO Société d'assurance-vie le _____ 20 _____ et qu'elles ont la même portée que si elles étaient contenues dans le formulaire de cette proposition.

Fait à _____ le _____ 20 _____

Témoïn

Personne à assurer