

Questionnaire sur les troubles psychologiques ou nerveux

Prénom : _____ Nom : _____
 Numéro de police : _____ Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : ____/____/____

1. Au cours des dix (10) dernières années, avez-vous été diagnostiqué(e), traité(e) ou ressenti des symptômes de troubles psychologiques, émotionnels ou nerveux (y compris, mais sans s'y limiter : trouble de l'adaptation, anxiété, dépression, trouble bipolaire, trouble de stress post-traumatique, schizophrénie, trouble de l'alimentation, trouble déficitaire de l'attention, trouble Asperger, trouble autistique)? Oui Non
- Si oui, veuillez indiquer le diagnostic médical et répondre aux questions suivantes. Si plus d'un diagnostic, énumérez-les tous ci-dessous :
 - Si non, veuillez apposer votre signature et la date au bas du questionnaire.
- 1) Diagnostic médical et date du diagnostic : _____
 2) Diagnostic médical et date du diagnostic : _____
 3) Diagnostic médical et date du diagnostic : _____
- Est-ce qu'une cause a été identifiée? Si oui, fournir les détails : _____ Oui Non

2. Précisez lesquels des suivants s'appliquent à votre état et donner les renseignements pertinents dans les colonnes à la droite pour chaque symptôme/épisode ou traitement :

	Date des première symptômes/épisodes ou traitement	Fréquence des symptômes/épisodes ou traitement	Date des dernier symptômes/épisodes ou traitement
<input type="checkbox"/> Insomnie			
<input type="checkbox"/> Fatigue			
<input type="checkbox"/> Nervosité (anxiété)			
<input type="checkbox"/> État dépressif			
<input type="checkbox"/> Pensées suicidaires			
<input type="checkbox"/> Tentative(s) de suicide			
<input type="checkbox"/> Trouble de concentration			
<input type="checkbox"/> Trouble alimentaire			
<input type="checkbox"/> Counselling			
<input type="checkbox"/> Psychologue			
<input type="checkbox"/> Psychiatre			
<input type="checkbox"/> Autre symptômes (préciser) :			

3. Prenez-vous présentement des médicaments pour une des conditions ci-dessus? Si oui, veuillez inscrire le nom de tout médicament. Oui Non

4. Avez-vous déjà pris des médicaments pour une des conditions ci-dessus dans le passé, autre que ceux mentionné dans la question 3? Oui Non
 Si oui, veuillez inscrire le nom de tout médicament avec la date du début et de fin du traitement : _____

5. Avez-vous dû être hospitalisé(e) pour une des conditions ci-dessus? Oui Non
 Si oui, fournir les dates et la durée : _____
6. a) Pour un adulte ou étudiant, avez-vous dû vous absenter du travail ou de l'école pour une des conditions ci-dessus? S/O Oui Non
 Si oui, fournir les dates et la durée : _____
 b) Pour un enfant ou un étudiant, avez-vous des comportements antisociaux? S/O Oui Non
 Si oui, expliquer: _____
 c) Pour un étudiant, suivez-vous un programme scolaire adapté? S/O Oui Non
 Si oui, expliquez: _____
7. a) Consommez-vous des drogues non prescrites ou des produits de marijuana prescrits? Oui Non
 b) Consommez-vous de l'alcool? Oui Non
 Si oui, veuillez fournir des détails (date et type (drogue ou alcool), quantité et fréquence par jour, semaine, mois ou année). Pour la marijuana prescrite, précisez la raison de la prescription. _____
8. Êtes-vous en attente d'une consultation ou d'un traitement pour l'une des conditions ci-dessus? Oui Non
 Si oui, fournir les détails (date, traitement, nom du médecin traitant). _____

9. Nom et adresse de votre médecin traitant : _____

Je déclare que l'information ci-dessus est complète et véridique et je reconnais qu'elle fera partie de ma demande d'assurance auprès d'Assomption Vie.

Signature de la personne à assurer (parent ou tuteur légal si la personne est mineure) _____ Date (JJ/MM/AAAA) _____