

### Identification

Numéro de police :

Nom de la personne à assurer :

Prénom de la personne à assurer :

Date de naissance :  /  /   
année / mois / jour

### Section troubles nerveux

1. Genre :  Anxiété  Dépression  Fatigue  Dépression majeure  Insomnie  Burn-out  Trouble d'adaptation  
 Stress  Trouble bipolaire  Pensées suicidaires  Tentative de suicide  TDA/TDAH

Autre (veuillez indiquer) : \_\_\_\_\_

2. Date(s) de chaque type sélectionné ci-dessous : \_\_\_\_\_

3. Cause(s) des symptômes : \_\_\_\_\_

4. Durée d'arrêt de travail ou de l'école :

Au cours des 12 derniers mois (Dates) : \_\_\_\_\_

Dans les 12 derniers mois à 24 mois (Dates) : \_\_\_\_\_

Dans les derniers 24 mois à 5 ans (Dates) : \_\_\_\_\_

5. Traitements :

Médicament - Type, Dose, Dates, Fréquence : \_\_\_\_\_

Psychothérapie - Dates et fréquence : \_\_\_\_\_

Hospitalisations - Dates : \_\_\_\_\_

Électrochoc : \_\_\_\_\_

Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_



## Troubles nerveux (suite)

6. Antécédents familiaux de troubles nerveux ou de suicide :  Oui  Non

Si oui, veuillez préciser le type et le lien de parenté: \_\_\_\_\_

7. Consommation d'alcool :  Oui  Non

Si oui, veuillez préciser les dates, la quantité et la fréquence: \_\_\_\_\_

8. Consommation de drogue :  Oui  Non

Si oui, veuillez préciser les dates, la quantité et la fréquence: \_\_\_\_\_

9. Avez-vous déjà été traité pour abus de drogue ou d'alcool :  Oui  Non

Si oui, veuillez préciser les dates: \_\_\_\_\_

10. Avez-vous actuellement des symptômes?  Oui  Non

Si non, depuis quand êtes-vous libre de tout symptôme? \_\_\_\_\_

11. Prenez-vous actuellement des médicaments ou sous les soins d'un médecin (y compris un psychologue ou un psychiatre)?  Oui  Non

12. Continuez-vous d'être suivi par un médecin?  Oui  Non

13. Date de la dernière consultation :     /   /    
année / mois / jour

14. Nom et adresse de tous les médecins et professionnels de la santé consultés pour cette condition :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

15. Nom et adresse du dernier médecin consulté : \_\_\_\_\_

Date :     /   /    
année / mois / jour

Raison : \_\_\_\_\_

Je, soussigné, déclare que les réponses ci-dessus sont vraies et complètes et feront partie de ma demande d'assurance auprès de Humania Assurance Inc.

Signé à : \_\_\_\_\_ le     /   /    
année / mois / jour

Signature de la personne à assurer \_\_\_\_\_

Signature du témoin \_\_\_\_\_