

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 _____