

---

## 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