ivari MC

Questionnaire relatif aux troubles nerveux

(À remplir par la personne assurée)

Numéro de police :

Nom de la personne assurée : _____ Date de naissance : _____ (JJ/MM/AAAA)

1 Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert ou reçu des traitements pour l'un ou l'autre des troubles suivants :

- ☐ Anxiété
- ☐ Trouble de l'alimentation
- ☐ Épuisement professionnel
- ☐ Idéation ou tentative de suicide
- ☐ Panique / phobie
- ☐ Stress post-traumatique
- ☐ Insomnie / trouble du sommeil
- ☐ Trouble bipolaire ou maniaco-dépressif
- ☐ Dépression
- ☐ Schizophrénie ou autre maladie psychotique
- ☐ Alcoolisme ou abus d'alcool ou d'autres drogues
- ☐ Autre _____

2 Veuillez indiquer la date d'apparition du premier symptôme, vos symptômes et la cause?

_____

_____

3 Avez-vous présentement des symptômes? ○ Oui ○ Non

Dans ***l'affirmative,*** veuillez les décrire : _____

Dans ***la négative,*** veuillez indiquer depuis quand vous ne présentez plus de symptômes? _____

4 Nom, adresse et numéro de téléphone des professionnels consultés :

_____

5 Veuillez préciser si le ou les professionnels consultés sont votre médecin de famille, psychiatre, psychologue, conseiller ou spécialiste en toxicomanie?

Veuillez fournir des détails : _____

_____

6 Un diagnostic a-t-il été posé? Dans ***l'affirmative***, veuillez indiquer la date, la nature et le traitement :

_____

7 Détails sur tous les médicaments (type, posologie, fréquence) :

_____

8 Prenez-vous toujours des médicaments? ○ Oui ○ Non Dans ***la négative,*** veuillez indiquer la date à laquelle vous avez cessé de prendre les médicaments et la raison :

_____

9 Avez-vous déjà été hospitalisé pour l'un ou l'autre des troubles mentionnés ci-dessus?
○ Oui ○ Non Dans ***l'affirmative,*** veuillez fournir des détails ci-dessous.

10 Avez-vous reçu ou recevez-vous des services de psychothérapie ou de counselling comme patient hospitalisé ou patient externe?
○ Oui ○ Non Dans ***l'affirmative,*** veuillez fournir des détails ci-dessous.

11 Votre condition a-t-elle affecté vos tâches professionnelles ou vos activités de loisir de quelque façon que ce soit ou vous a-t-elle obligé de vous absenter du travail?
○ Oui ○ Non Dans ***l'affirmative,*** veuillez fournir des détails ci-dessous.

_____

_____

_____

_____

_____

Je reconnais que mes réponses aux questions qui précèdent seront utilisées par ivari pour déterminer le taux de ma prime. Si lesdites réponses ne sont pas véridiques, complètes et correctement consignées, toute police établie en fonction du présent questionnaire (qui fait partie intégrante de la proposition d'assurance) pourrait être déclarée nulle et non avenue pour fausse déclaration ou fraude.

J'affirme que j'ai lu toutes les questions et réponses fournies dans ce questionnaire et que les déclarations et réponses qui précèdent sont, à ma connaissance, véridiques, complètes et correctement consignées. Je comprends et consens à ce que le présent questionnaire fasse partie intégrante de ma proposition d'assurance soumise auprès d'ivari.

Fait à (ville) _____ dans la province de _____ le _____
(JJ/MM/AAAA)

_____ _____
Signature de la personne assurée Signature du témoin

MC ivari et les logos ivari sont des marques de commerce d'ivari Holdings ULC. ivari est autorisée à utiliser ces marques.

ENREGISTRER IMPRIMER EFFACER