

Questionnaire sur les troubles de l'humeur

Nom :	Numéro de la demande :
-------	------------------------

1. Indiquez tous les symptômes que vous ressentez (ou avez déjà ressentis). (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.)
- Fatigue
 Insomnie
 Nervosité
 Trouble alimentaire
 Perte de poids
 Anxiété
 Attaque de panique
 Phobies
 Dépression
 Autre (veuillez préciser) _____

2. Décrivez l'événement ou les événements à l'origine des symptômes que vous avez indiqués ci-dessus :

- (a) Date de votre premier épisode : _____
- (b) Date de votre plus récent épisode : _____ (c) Fréquence de vos épisodes : _____

3. Vos symptômes sont-ils :
 Disparus
 Moins sévères
 Inchangés
 Plus sévères

4. Quel diagnostic avez-vous reçu pour vos symptômes? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.)
- Dépression
 Trouble de l'adaptation
 Anxiété
 Trouble de stress post-traumatique
 Trouble obsessionnel-compulsif
 Trouble de la personnalité
 Troubles affectifs saisonniers
 Trouble bipolaire
 Schizophrénie
 Autre _____

Veuillez fournir des précisions pour toutes les réponses cochées, y compris les dates, le diagnostic, la durée du trouble médical et le nom, l'adresse et le numéro de téléphone des médecins consultés :

5. Avez-vous déjà eu des idées suicidaires, tenté de vous suicider, été hospitalisé ou reçu le conseil d'être hospitalisé?

Oui Non Si oui, veuillez fournir toutes les précisions, y compris les dates :

6. Votre travail ou vos loisirs ont-ils été perturbés de quelque façon que ce soit? Oui Non

Vous êtes-vous absenté du travail? Oui Non Si oui, veuillez fournir toutes les précisions, y compris les dates, la durée, etc. :

7. Dressez la liste de tous les médicaments qu'un médecin vous a prescrits dans les cinq dernières années : S'il n'y en a aucun, cochez la case

Médicament(s) (nom et posologie)	DU (jj/mmm/aaaa)	AU (jj/mmm/aaaa)	Fréquence

8. Avez-vous déjà suivi l'un des traitements suivants? Cochez la case si vous n'avez suivi aucun traitement ou cochez toutes les réponses qui s'appliquent.

Psychothérapie Thérapie Thérapie cognitivo-comportementale Traitement à l'électrochoc

Autre (veuillez préciser) _____

9. Au cours des 10 dernières années, avez-vous déjà consommé des sédatifs, des stimulants, des tranquillisants, des hallucinogènes, des narcotiques ou d'autres médicaments ou drogues, y compris du cannabis, de la cocaïne, des amphétamines, des barbituriques, etc. sans ordonnance d'un médecin? Oui Non

Si oui, veuillez remplir le [formulaire 144F - Questionnaire](#) sur l'usage de drogue.

10. Consommez-vous actuellement de l'alcool? Oui Non

Si oui, indiquez votre consommation moyenne hebdomadaire et le type de boissons consommées (bière, vin ou spiritueux). Si non, indiquez pourquoi et la date de votre dernière consommation.

11. Veuillez fournir le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de tous les médecins consultés pour les troubles médicaux mentionnés ci-dessus :

Commentaires : Si vous avez besoin d'espace supplémentaire pour inscrire vos réponses, veuillez indiquer le numéro de la question correspondante.

Je déclare que toutes les réponses aux questions du questionnaire et les déclarations faites sont véridiques et complètes et qu'elles font partie de ma proposition d'assurance auprès de BMO Société d'assurance-vie. Je comprends que si je ne réponds pas entièrement et honnêtement à toutes les questions, la compagnie pourrait annuler la police.

Province de signature	Date JJ/MMM/AAAA)	Signature
		Personne à assurer
		X