

NOM : _____ DOSSIER _____

1. Avez-vous déjà souffert des troubles suivants :
-
- anxiété
-
- dépression
-
- stress
-
- autres troubles anxieux?
-
- Oui
-
- Non

Précisions _____

2. Quand vos symptômes ont-ils commencé? (année/mois/jour) _____

Nombre d'épisodes : _____ Dates : _____

3. Un médecin vous a-t-il donné une cause ou un diagnostic?
-
- Oui
-
- Non

Si vous avez répondu **Oui**, quel était le diagnostic : _____

4. Avez-vous déjà eu besoin de congés, d'hospitalisation ou d'une indemnisation d'invalidité pour la raison ci-dessus?
-
- Oui
-
- Non

Précisions – inclure les dates et la durée : _____

5. Avez-vous eu besoin de médicaments, de counseling ou d'autres traitements par le passé?
-
- Oui
-
- Non

Si vous avez répondu **Oui**, indiquez le type, la posologie, la date et la durée :

Type	Posologie	Date	Durée

6. Avez-vous été dirigé vers un psychiatre?
-
- Oui
-
- Non

Si vous avez répondu **Oui**, indiquez son nom : _____

Fréquence des consultations : _____ Date de la dernière consultation : _____

Quel médecin ou quel hôpital aurait tous les dossiers? _____

7. Êtes-vous suivi par un psychiatre, un psychologue, un autre thérapeute ou un travailleur social?
-
- Oui
-
- Non

Quel médecin aurait tous les dossiers? _____

8. Ces troubles vous ont-ils déjà donné des pensées suicidaires ou mené à une tentative de suicide?
-
- Oui
-
- Non

Veuillez en fournir un compte rendu détaillé et les dates : _____

9. Quel est votre état actuel?
-
- stable
-
- résolu
-
- sous traitement

DÉCLARATION :

Je déclare qu'à ma connaissance les réponses aux questions précédentes et déclarations connexes sont véridiques et complètes. Je comprends qu'elles feront partie intégrante de ma proposition d'assurance vie.

Je comprends que si je ne réponds pas entièrement, complètement et honnêtement aux questions ci-dessus (si mes réponses ou affirmations constituent une fausse déclaration), la Compagnie peut annuler cette police.

Date : _____ Signature de la personne à assurer : _____

VEUILLEZ RETOURNER LE PRÉSENT FORMULAIRE À L'ADRESSE SUIVANTE :
La Compagnie d'assurance-vie Wawanesa, 400-200 Main Street, Winnipeg (Manitoba) R3C 1A8, Tél. : 1-888-997-9965,
Télec. : 1-888-985-3872