

QUESTIONNAIRE SUR LES PERSONNES D'ÂGE MÛR

Nom	Date de naissance (jj/mmm/aa)	Proposition n°
------------	-------------------------------	----------------

1. Situation de famille : Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e)

Vivez-vous seul(e)? Oui Non Si « non », avec qui?

Si « oui », avez-vous besoin d'une aide quelconque? Veuillez préciser.

Touchez-vous une rétribution quelconque pour un emploi? Oui Non Si « oui », combien d'heures par semaine travaillez-vous?

Conduisez-vous un véhicule motorisé? Oui Non

Si « oui », avez-vous des restrictions quelconques en ce qui concerne votre permis de conduire? Oui Non

Que faites-vous dans vos temps libres? Veuillez préciser (bénévolat, activité physique ou sport, passe-temps, cours, activités sociales clubs, théâtre, voyage) ou autres intérêts?

2. Avez-vous actuellement ou avez-vous déjà eu besoin d'aide pour ce qui suit :

Vous habiller, prendre un bain ou une douche	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Entretien ménager, courses, préparation des repas	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Prendre vos médicaments	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Vous occuper de vos opérations bancaires ou financières	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Si « oui » veuillez fournir des détails.

Au cours des 5 dernières années, avez-vous fait une mauvaise chute? Oui Non Si « oui » veuillez fournir des détails.

Au cours des 5 dernières années, avez-vous utilisé de l'équipement médical comme une marchette, un fauteuil roulant, une canne, un appareil auditif, eu une colostomie, un cathéter urinaire ou des culottes, serviettes pour pallier une incontinence urinaire ou intestinale? Oui Non Si « oui » veuillez fournir des détails.

Avez-vous déjà été traité(e) pour de l'anxiété ou une dépression? Si « oui », veuillez fournir des détails. Si le traitement a été discontinué, veuillez en indiquer la date. Oui Non

Je déclare que les réponses ci-dessus sont complètes et véridiques et je comprends qu'elles font partie intégrante de ma proposition pour la police demandée.

Signature du proposant X	Signature du témoin X	Date (jj/mmm/aa)
------------------------------------	---------------------------------	------------------