

NOM _____ DATE DE NAISSANCE _____ DOSSIER _____

1. Quand la pression artérielle élevée a-t-elle été diagnostiquée pour la première fois?

2. La pression artérielle est-elle mesurée au domicile? Oui Non

À quelle fréquence? _____

Quelle est la mesure habituelle de la pression? _____

3. La pression artérielle est-elle contrôlée par un médecin? Oui Non

Qui? _____

À quelle fréquence? _____

Date du dernier contrôle? _____

Quelle est la mesure de la pression? _____

Depuis combien de temps la pression se situe-t-elle dans cette fourchette? _____

4. Votre médecin est-il satisfait de vos relevés de pression les plus récents? Oui Non

5. Prenez-vous des médicaments actuellement? Oui Non

Type _____

Posologie _____

6. Avez-vous changé de médicaments au cours des 6 derniers mois? Oui Non

Type _____

Posologie _____

Date _____

DÉCLARATION :

Je déclare qu'à ma connaissance mes réponses et déclarations ci-dessus 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 Téléc. : 1-888-985-3872 Web: wawanesalife.com