

**RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN TRAITANT/LE PROPOSANT**

NOM DU MÉDECIN TRAITANT

ADRESSE DU MÉDECIN TRAITANT

NOM DU PROPOSANT

DATE DE NAISSANCE

JOUR

MOIS

ANNÉE

**PRÉCISIONS**

1. Faites au moins trois (3) autres lectures de la pression artérielle, de préférence à intervalles de 5 minutes.

**PRESSION SYSTOLIQUE****PRESSION DIASTOLIQUE** (lorsque le son s'arrête)

2. Le proposant

(a) s'est-il déjà vu annoncer que sa pression artérielle était élevée?

 OUI  NON Si OUI, veuillez donner une description détaillée, y compris les dates, type de traitement et noms des médecins consultés.

(b) a-t-il déjà reçu un traitement contre la pression artérielle?

 OUI  NON Si OUI, veuillez donner une description détaillée, y compris les dates, type de traitement et noms des médecins consultés.

3. Si le proposant a subi un électrocardiogramme, veuillez en joindre le résultat.

**SIGNATURE**

Une photocopie ou une reproduction électronique du présent document sera valide au même titre que l'original.

Signature du médecin traitant : \_\_\_\_\_ Date :

**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**