

NOM \_\_\_\_\_ DOSSIER \_\_\_\_\_

1. Avez-vous déjà ressenti de la douleur ou un malaise à la poitrine?  Oui  Non  
Si vous avez répondu **Oui**, où se situait la douleur?  Centre  Côté  À l'endroit du cœur  
La douleur s'est-elle déplacée, par exemple vers l'épaule, le bras, le cou, la mâchoire ou le dos?  Oui  Non  
Si vous avez répondu **Oui**, où? \_\_\_\_\_  
Combien de temps la douleur a-t-elle duré? \_\_\_\_\_
2. Que faisiez-vous au moment où la douleur est apparue?  
 Repos  Marche  Travail lourd ou exercice  Autre
3. Qu'est-ce qui vous a soulagé? \_\_\_\_\_
4. Nombre d'épisodes : \_\_\_\_\_  
Date du premier épisode : \_\_\_\_\_  
Date du dernier épisode : \_\_\_\_\_
5. Veuillez donner des précisions sur les tests ou investigations que vous avez subis relativement à cette affection : (ex. : test sanguin, angiographie coronarienne, échocardiogramme, ECG, endoscopie, épreuve d'effort, etc.)  
Type de test, dates et résultats : \_\_\_\_\_
6. Veuillez fournir les informations sur tout médicament pris pour traiter cette affection :  
\_\_\_\_\_
7. Avez-vous déjà consulté un médecin pour une douleur à la poitrine?  Oui  Non  
Avez-vous déjà été hospitalisé? \_\_\_\_\_  
Où et quand? \_\_\_\_\_  
Cause et diagnostic (ex. : angine, costochondrite, reflux gastro-oesophagien, claquage musculaire, infarctus du myocarde, palpitations, stress, etc.) \_\_\_\_\_  
Avez-vous besoin d'un suivi ou d'autres investigations? \_\_\_\_\_  
Avez-vous des symptômes connexes, de la nausée ou une transpiration anormale, ressentez-vous de la fatigue ou avez-vous dû consulter d'urgence?  
\_\_\_\_\_
8. Veuillez indiquer les noms et adresses de **tous** les médecins consultés ainsi que les dates de consultation.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**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 Téléc. : 1-888-985-3872 Web : wawanesalife.com