

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