

NOM _____ DOSSIER _____

1. Vous a-t-on déjà dit (à vous ou à votre enfant) que vous aviez un souffle cardiaque? Oui Non
2. À quel âge a-t-il été remarqué pour la première fois? _____
3. Vous a-t-on déjà dit ce qui cause ce souffle? _____ Oui Non
4. Vous a-t-on déjà dit que le souffle peut être dû à une anomalie du cœur telle qu'un trou ou un problème de valve? Précisez : _____ Oui Non
5. Vous a-t-on déjà dit que le souffle était fonctionnel ou bénin? Oui Non
6. Vous a-t-on déjà dit (à vous ou à votre enfant) que vous auriez besoin un jour de chirurgie cardiaque? Oui Non
7. Vous a-t-on dirigé (vous ou votre enfant) vers un spécialiste ou un cardiologue? Oui Non
Si vous avez répondu **Oui**,
indiquez le nom, l'adresse et la
date de la dernière consultation : _____
8. Avez-vous été soumis à des tests spéciaux, tels qu'un échocardiogramme (sondage du cœur aux ultrasons) ou cathétérisme cardiaque? Oui Non
Veuillez indiquer les dates et les résultats : _____
9. Des rendez-vous de suivi sont-ils prévus? Oui Non
Si vous avez répondu **Oui**, veuillez
fournir les précisions et les dates : _____
10. Avez-vous (vous ou votre enfant) pris des antibiotiques avant un rendez-vous chez le dentiste ou avant une chirurgie? Oui Non
11. Y a-t-il d'autres informations dont vous aimeriez nous faire part? Oui Non

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 répons 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