QUESTIONNAIRE SUR LES SOUFFLE CARDIAQUES

Effacer le formulaire

Nom	Date de naissance (jj/mmm/aa)	Proposition n°

1. Condition (si souffle cardiaque, veuillez préciser le type de souffle)

Quand le premier symptôme est-il apparu ou quand a-t-on détecté la condition la première fois?

A-t-on attribué une cause précise à votre état?

Quelles sont la fréquence et la durée des symptômes?

Quand avez-vous eu les derniers symptômes?

Date et résultats du dernier ECG, échocardiogramme, test d'effort, MIBI ou Thallium :

Avez-vous des tests en attente? Si « oui », veuillez préciser le test et la date prévue :

2. Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de : ◯ Syncope ◯ Étourdissements ◯ Douleur à la poitrine ◯ Souffle court lorsque vous vous étendez ◯ Perturbation du rythme cardiaque

Éprouvez-vous actuellement des symptômes? ◯ oui ◯ non Si « oui », veuillez les décrire :

Si « non », depuis quand ont-ils disparu?

Nom, adresse et numéro de téléphone du ou des conseillers médicaux consultés :

Date de la dernière consultation d'un conseiller médical

Détails de toute médication prise (type, posologie, fréquence)	Encore sous médication	Date d'arrêt de la médication
	◯ oui ◯ non	
	◯ oui ◯ non	
	◯ oui ◯ non	
	◯ oui ◯ non	

Vous a-t-on déjà avisé(e) de prendre des antibiotiques prophylactiques avant une chirurgie ou un acte dentaire? ◯ oui ◯ non

3. Avez-vous déjà été hospitalité(e) pour cet état? ◯ oui ◯ non Si « oui », veuillez préciser ci-dessous.

Avez-vous déjà reçu un traitement d'urgence pour cet état? ◯ oui ◯ non Si « oui », veuillez préciser ci-dessous.

Avez-vous des restrictions physiques et/ou une invalidité en raison de votre état? ◯ oui ◯ non Si « oui », veuillez préciser ci-dessous.

Est-ce que l'un des membres de votre famille souffre de troubles cardiaques? ◯ oui ◯ non Si « oui », veuillez préciser ci-dessous.

Est-ce que les tâches reliées à votre emploi ou vos loisirs ont été touchés de quelque façon ou avez-vous perdu du temps au travail en raison de votre état? ◯ oui ◯ non Si « oui », veuillez préciser ci-dessous.

Je déclare que les réponses ci-dessous sont complètes et véridiques et je comprends qu'elles font partie intégrante de ma proposition pour la police demandée.

Signature du proposant	Signature du témoin	Date (jj/mmm/aa)
X	X	

MC Marque de commerce de **L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie**. Les polices sont établies par L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie.

Empire Vie MC