

FORMULAIRE CONCERNANT LES SIGNES VITAUX

Dans ce formulaire, le masculin est utilisé comme générique dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

Ce formulaire doit être rempli par un professionnel de la santé.

Numéro(s) de police

Renseignements sur l'assuré

Prénom de l'assuré	Nom de famille	Date de naissance (jj/mm/aaaa)
Le professionnel de la santé doit vérifier l'identité de l'assuré en examinant une pièce justificative originale délivrée par une autorité gouvernementale : <input type="radio"/> Passeport <input type="radio"/> Permis de conduire (avec photo et signature) <input type="radio"/> Autre _____		
Lieu de délivrance	Numéro d'identification	Date d'expiration (jj/mm/aaaa)

Données relatives aux signes vitaux

Taille (sans chaussures) _____ <input type="radio"/> pi/po <input type="radio"/> cm	Poids (mesuré) _____ <input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg
---	--

Mesures de la tension artérielle

	1	2	3		1	2	3
Systolique				Diastolique			
Pouls (au repos en position assise) _____ Le pouls était-il régulier? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non							
Un grand brassard de tensiomètre a-t-il été utilisé? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non							

Information additionnelle

Avez-vous fait usage de l'un des produits du tabac ou de la nicotine suivants au cours des 12 derniers mois? non oui - veuillez spécifier :

la cigarette la cigarette électronique le cigarillo la pipe le tabac à chiquer ou à priser la marijuana
 les substituts de nicotine (y compris la gomme ou les timbres) les noix de bétel les petits cigares plus de 12 gros cigares

Avez-vous fait usage de médicaments d'ordonnance au cours des 12 derniers mois? oui non
Si « oui », veuillez indiquer tous les médicaments :

Avez-vous des antécédents personnels concernant les éléments suivants?
 pression artérielle élevée diabète maladie cardiaque aucun

Renseignements sur le professionnel de la santé

Signature du professionnel de la santé X	Nom (veuillez écrire lisiblement)	Date et heure de la collecte des données
Nom de la société paramédicale	Ville et province	

Déclaration, attestation, autorisation et consentement

En signant ci-dessous, je confirme ce qui suit :

Je comprends les questions ci-dessus et j'étais présent lors de l'enregistrement des réponses et des énoncés.

J'ai revu les réponses recueillies et je confirme qu'elles sont complètes et véridiques à ma connaissance à la date de la signature ci-dessous; au cas où une réponse ou un énoncé inscrit ci-dessus contiendrait une fausse déclaration ou une omission importante, l'Empire Vie pourrait annuler toute police qu'elle a établie en fonction de la proposition dont le numéro est indiqué plus haut (la « proposition »).

Je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels aux fins décrites dans la section « Vos renseignements personnels et votre vie privée » de ma proposition.

Je comprends que l'Empire Vie peut recourir à des tiers fournisseurs de services situés à l'intérieur ou à l'extérieur du Canada pour le traitement et l'entreposage de mes renseignements personnels. Je comprends par ailleurs que l'Empire Vie ne demandera pas aux assurés de subir tout test génétique ni de fournir les résultats de tout test génétique dans le cadre de la proposition.

Signature de l'assuré X	Date (jj/mm/aaaa)
--	-------------------

Les honoraires sont payés par chèque par le siège social. Veuillez ne pas accepter de paiement d'autres sources.

Veuillez poster ce formulaire dans une enveloppe scellée à :

Empire Vie
259, rue King Est
Kingston ON K7L 3A8