

Questionnaire

# Conditions cardiovasculaire

## IDENTIFICATION

Nom :	Prénom :
N° de contrat :	Date de naissance : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

## RENSEIGNEMENTS

1. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une des conditions suivantes?  Oui  Non

Douleur thoracique     Hypertension artérielle     Cholestérol élevé     Diabète

Souffle cardiaque     Arythmie cardiaque     Autre \_\_\_\_\_

2. Avez-vous des antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire?  Oui  Non

3. Avez-vous déjà consulté un cardiologue?  Oui  Non

Si oui, à quelle date?

4. Avez-vous déjà passé un des tests ou examens suivants?  Oui  Non    Si oui, à quelle date?

ECG     Profil sanguin incluant lipides     Échocardiogramme     IRM     Autre \_\_\_\_\_

Si oui, précisez la raison et les résultats : \_\_\_\_\_

5. Avez-vous déjà eu besoin de traitements?  Oui  Non

Si oui, précisez (type, durée et résultat) : \_\_\_\_\_

6. Êtes-vous actuellement sous traitement?

Si oui, précisez (médication et posologie) : \_\_\_\_\_

7. Avez-vous été en arrêt de travail?  Oui  Non

Si oui, date de début :            Date de retour au travail :

8. Êtes-vous complètement rétabli?  Oui  Non

Si oui, depuis quand :

9. Veuillez fournir tout renseignement pertinent à l'évaluation du risque. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## DÉCLARATION

Je déclare que les renseignements ci-dessus sont complets, exacts et à jour et je consens à ce que ces renseignements servent de base à l'évaluation effectuée en vue d'établir mon admissibilité à la couverture d'assurance de l'Association d'Hospitalisation Canassurance et/ou Canassurance Compagnie d'Assurance. Je comprends également que, à la suite de l'évaluation de mon dossier, les renseignements contenus dans le présent formulaire feront partie intégrante du contrat d'assurance auquel je souscris. Toute fausse déclaration aux présentes entraînera les effets prévus par la loi, incluant l'annulation du contrat.

_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Signature de l'assuré	Date
_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Signature du preneur (s'il diffère de l'assuré)	Date