

Questionnaire préliminaire de souscription à l'assurance SecureLife

MALADIE CORONARIENNE

Généralités : Les demandeurs atteints de l'une ou l'autre de ces maladies ne peuvent être pris en considération :

- Crise cardiaque ou diagnostic de maladie coronarienne avant l'âge de 30 ans.
- Fraction d'éjection de moins de 30 %.
- Insuffisance cardiaque congestive chronique.
- Greffe du cœur.

Autrement, les personnes qui ont subi une crise cardiaque peuvent être prises en considération 6 mois après la reprise d'activités normales. Dans le cas de pontage coronarien ou d'angioplastie, les demandeurs seront pris en considération 6 mois à la suite de la chirurgie. Puisque ce ne sont que des lignes directrices, nous vous recommandons de présenter une demande préliminaire avant de remplir une demande détaillée. Pour ce faire, vous n'avez qu'à remplir le questionnaire qui suit et nous le faire parvenir par télécopieur (514-878-9339) ou par courriel (info@securelifequebec.com).

Nom du client (facultatif) : Âge ou date de naissance :

Taille : Poids : Homme Femme

1. Description de la déficience :

2. Âge au moment du diagnostic :

3. Des procédures correctrices ont-elles été effectuées, par exemple un pontage ou une angioplastie? Non Oui
Quand?

Si plus d'une procédure a été effectuée, à quelles dates?

Combien de vaisseaux ont été touchés?

4. Y a-t-il eu crise cardiaque? Oui Non

Quelle est votre fraction d'éjection (si connue)?.....

5. Ressentez-vous actuellement des symptômes? Oui Non Si vous avez répondu oui, veuillez les décrire :

.....

Date des plus récents symptômes :

Date du plus récent ECG à l'effort, de la plus récente échographie, etc. :

Date de la dernière visite chez le cardiologue :

Vos activités sont-elles limitées de quelque façon que ce soit? Oui Non Si vous avez répondu oui, veuillez préciser :

Participez-vous à un programme de réadaptation cardiaque ou à tout autre programme d'exercice? Oui Non
Si vous avez répondu oui, veuillez les décrire :

.....
.....

Fumez-vous actuellement? Oui Non

Si vous avez répondu non, avez-vous déjà fumé? Oui Non Si vous avez répondu oui, quand avez-vous arrêté (précisez)?

.....

Inscrivez tous les médicaments que vous prenez en ce moment (nom et mg/jour) :

.....

.....

6. Y a-t-il d'autres antécédents ou une autre affection qui pourrait nuire à votre assurabilité? Si vous avez répondu oui, veuillez résumer ou remplir le questionnaire approprié.

.....

.....

Nom du conseiller : _____

Courriel : _____

Téléphone du conseiller : _____

Date du jour : _____