L'Union-Vie
Compagnie mutuelle d'assurance

NOM	
PRÉNOM	
DATE DE NAISSANCE (J / M / A)	N° DE PROPOSITION OU DE POLICE

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

1. **Date du premier diagnostic de tension artérielle élevée :** _____/_____/_____ (J / M / A)
2. **Lecture de tension artérielle au diagnostic :** _____
3. **Depuis quelle date êtes-vous sous traitement?** _____
4. **Nom et dosage des médicaments prescrits :** _____
   _____
5. **Prenez-vous vos médicaments régulièrement?** ❒ Oui ❒ Non
   Si non, expliquez : _____
6. **Veuillez inscrire les dates et vos 3 dernières lectures de tension artérielle :**
   Date : _____/_____/_____ (J / M / A) Tension artérielle : _____
   Date : _____/_____/_____ (J / M / A) Tension artérielle : _____
   Date : _____/_____/_____ (J / M / A) Tension artérielle : _____
7. **Nom et adresse du médecin traitant :** _____
   _____
8. **Fréquence des suivis de contrôle :** ❒ 3 mois ❒ 6 mois ❒ années ❒ autres : _____
   Date de la dernière consultation : _____/_____/_____ (J / M / A)
9. **Avez-vous subi un électrocardiogramme?** ❒ Oui ❒ Non
   Date : _____/_____/_____ (J / M / A) Résultat : _____
10. **Avez-vous déjà été hospitalisé pour tension artérielle élevée :** ❒ Oui ❒ Non
    Si oui, inscrire la date : _____/_____/_____ (J / M / A) Endroit : _____
11. **Avez-vous eu des complications telles que :**
    ❒ Accident cérébrovasculaire : _____
    ❒ Ischémie cérébrale transitoire : _____
    ❒ Engourdissement : _____
    ❒ Paralysie : _____
    ❒ Troubles rénaux : _____

Autres commentaires pertinents : _____
_____

Je déclare que l'information ci-dessus est complète et véridique et qu'elle fera partie de ma proposition d'assurance auprès de **L'Union-Vie**.

X_____ X_____
SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER **SIGNATURE DU PROPRIÉTAIRE**

X_____ _____
SIGNATURE DU TÉMOIN **DATE**