

Formulaire de refus - Remplissable

Nom du client :

Nom du conseiller :

Informations personnelles du client

DDN :

jj/mm/aaaa

Taille :

Poids :

Citoyenneté :

Statut de fumeur :

Indiquez toutes les maladies pour lesquelles le client a été traité ou a consulté un médecin, y compris les dates de diagnostic :

Incluez tous les médicaments actuels :

La tension artérielle actuelle est requise en cas d'hypertension artérielle ou la glycémie en cas de diabète :

Formulaire de refus - Remplissable

Dernière visite chez le
médecin? Un suivi autre que
de routine est-il nécessaire?

Raison du refus si différente
de celle mentionnée ci-dessus

Sont intéressé(e)s par :

- Assurance Vie Temporaire
- Assurance Vie Permanente
- Assurance Maladies Graves
- Assurance Décès et mutilation accidentels
- Tous les produits ci-dessus

Commentaires :

Pour plus d'informations, veuillez contacter ventes@assurancespecialitevie.ca