

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

QUESTIONNAIRE SUR LE DIABÈTE

1. Date du diagnostic de diabète : ____ / ____ / ____
J M A

2. Êtes-vous sous surveillance médicale? Oui Non

3. Nom et adresse de votre médecin traitant et depuis combien d'années? _____

4. Date de la dernière consultation : _____

5. Traitement et dosage :
 Insuline Dosage : _____
 Médication orale Dosage : _____

6. Suivez-vous un régime diabétique? Oui Non
 Un programme d'exercice? Oui Non

7. Faites-vous vous-même votre dosage de sucre à l'aide d'un glucomètre? Oui Non
 Si oui, fréquence et résultat des 3 dernières prises : _____

8. Combien de fois par année subissez-vous un dosage de sucre dans le sang (glycémie) par votre médecin? _____
 Date et résultat de la dernière glycémie par votre médecin : _____

9. Avez-vous déjà eu des épisodes de coma diabétique ou des réactions à l'insuline? Oui Non
 Si oui, date(s) : _____

10. Avez-vous déjà eu des troubles :

<input type="checkbox"/> cardiaques et vasculaires	<input type="checkbox"/> rétinopathie et/ou cataracte
<input type="checkbox"/> pulmonaires	<input type="checkbox"/> albumine dans les urines
<input type="checkbox"/> rénaux	<input type="checkbox"/> névrite et rhumatisme
<input type="checkbox"/> hypertension artérielle	<input type="checkbox"/> neuropathie
<input type="checkbox"/> maladie de peau	<input type="checkbox"/> coma

11. Remarques supplémentaires (s'il y a lieu) : _____

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