L'Union-Vie
Compagnie mutuelle d'assurance

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

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 :**
    ☐ cardiaques et vasculaires
    ☐ pulmonaires
    ☐ rénaux
    ☐ hypertension artérielle
    ☐ maladie de peau
    ☐ rétinopathie et/ou cataracte
    ☐ albumine dans les urines
    ☐ névrite et rhumatisme
    ☐ neuropathie
    ☐ 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**