

QUESTIONNAIRE SUR LE DIABÈTE (À remplir par la personne à assurer)

Nom: _____ Proposition n° _____

1. Date du diagnostic : _____

2. a) Nom et adresse du médecin de votre médecin traitant actuel _____

b) Depuis combien de temps vous traite-t-il ? _____

3. Type et posologie :

Insuline : _____ Médicaments pris par voie orale : _____

4. Avez-vous déjà fait un coma diabétique ou une réaction à l'insuline ? Oui Non Si oui, précisez lequel de ces problèmes vous avez connu et sa fréquence. _____

5. Suivez-vous un régime pour diabétique ? Oui Non Un programme d'exercice physique ? Oui Non

6. À quelle fréquence testez-vous vos urines ? _____ Résultats : _____

7. Avez-vous déjà passé un électrocardiogramme ou une radiographie pulmonaire ? Oui Non Si oui, indiquez les dates, le nom et l'adresse du médecin traitant et les résultats. _____

8. Combien mesurez-vous ? _____ Combien pesez-vous ? _____

9. Avez-vous pris ou perdu du poids au cours des deux dernières années ? Oui Non Si oui, veuillez expliquer. _____

10. Avez-vous déjà eu les problèmes suivants ? malaise cardiaque douleurs thoraciques hypertension artérielle
 troubles oculaires albuminurie engourdissement ou picotements dans les membres

Si oui, veuillez donner toute précision utile, y compris le nom et l'adresse des médecins consultés. _____

Je sais que les questions et réponses ci-dessus font partie de la proposition d'assurance que j'ai présentée à BMO Société d'assurance-vie le _____ 20 _____ et qu'elles ont la même portée que si elles étaient contenues dans le formulaire de cette proposition.

Fait à _____ le _____ 20 _____

Témoïn

Personne à assurer