

IDENTIFICATION

Nom de l'assuré: _____ N° contrat: _____
Principal Conjoint Enfant Date de naissance: | | A | | | M | | J | |

INFORMATION

- Quelle est la date du diagnostic de diabète? | | A | | | M | | J | |
- Quelle est la date de votre dernière consultation? | | A | | | M | | J | |
- Quel traitement suivez-vous? Diète Médication orale, précisez la nature et le dosage utilisé: _____
 Insuline, précisez le dosage: _____
- Avez-vous déjà eu des épisodes de coma diabétique ou de réaction à l'insuline? Oui Non
Si oui, précisez la fréquence et la (les) date(s): _____ du | | A | | | M | | J | | au | | A | | | M | | J | |
du | | A | | | M | | J | | au | | A | | | M | | J | |
- Avez-vous déjà souffert de: Troubles de la vue Troubles cardiaques et de la circulation Troubles rénaux
 Hypertension artérielle Albumine/protéine dans les urines?
- A quelle fréquence utilisez-vous votre glucomètre? _____ Résultats? _____
- Quel est votre poids actuel? _____ Votre poids il y a un an? _____ Il y a 2 ans _____
- Avez-vous déjà été hospitalisé(e) pour votre diabète ou pour une condition liée au diabète? Oui Non
Si oui, indiquer les raisons de l'hospitalisation ainsi que les dates et les durées: _____
Raison: _____ Durée: du | | A | | | M | | J | | au | | A | | | M | | J | |
Raison: _____ Durée: du | | A | | | M | | J | | au | | A | | | M | | J | |
- Période(s) d'arrêt de travail ou d'invalidité? Oui Non
Si oui, précisez la (les) date(s): du | | A | | | M | | J | | au | | A | | | M | | J | |
du | | A | | | M | | J | | au | | A | | | M | | J | |
- Nom et adresse du médecin, qui possède votre dossier: _____

- S'il vous plaît, fournir toute information additionnelle sur votre condition que vous jugerez utile pour l'évaluation de votre demande d'assurance.

DÉCLARATION

Je certifie avoir pris connaissance de toutes les questions ci-dessus et que les réponses données ont été fidèlement reproduites. De plus, je consens à ce qu'elle servent de base au contrat d'assurance demandé.

Signature du témoin

Date

Signature de la personne à assurer ou à co-assurer
(si mineur, signature du père ou de la mère)

IDENTIFICATION

Name of the Insured: _____ Contract No: _____

Primary Spouse Child Date of Birth :

	Y				M			D
--	---	--	--	--	---	--	--	---

INFORMATION

1. When was your diabetes diagnosed?

	Y				M			D
--	---	--	--	--	---	--	--	---
2. When was your last medical consultation?

	Y				M			D
--	---	--	--	--	---	--	--	---
3. What was the recommended treatment? Diet Medication, specify the name and the prescribed dosage: _____
 Insuline, specify dosage: _____
4. Did you ever have any episode of diabetic coma or reaction to insulin? Yes No
If so, specify how many episodes and dates: _____ from:

	Y				M			D
--	---	--	--	--	---	--	--	---

 to

	Y				M			D
--	---	--	--	--	---	--	--	---

from:

	Y				M			D
--	---	--	--	--	---	--	--	---

 to

	Y				M			D
--	---	--	--	--	---	--	--	---
5. Did you ever suffer from: Eye disorders Heart and cardiovascular disorders Kidney disorders
 High blood pressure Albumin/protein in urine?
6. How often do you use your glucometer? _____ Results: _____
7. What is your current weight? _____ Your weight a year ago? _____ 2 years ago? _____
8. Were you hospitalized for your diabetes or for any related condition? _____ Yes No
If so, specify the cause of the hospitalization(s) as well as the date(s) and duration(s):
Cause: _____ Duration: from

	Y				M			D
--	---	--	--	--	---	--	--	---

 to

	Y				M			D
--	---	--	--	--	---	--	--	---

Cause: _____ Duration: from

	Y				M			D
--	---	--	--	--	---	--	--	---

 to

	Y				M			D
--	---	--	--	--	---	--	--	---
9. Period(s) of work absence or disability? Yes No
If so, specify the date (dates): from

	Y				M			D
--	---	--	--	--	---	--	--	---

 to

	Y				M			D
--	---	--	--	--	---	--	--	---

from

	Y				M			D
--	---	--	--	--	---	--	--	---

 to

	Y				M			D
--	---	--	--	--	---	--	--	---
10. Name and address of your treating doctor: _____

11. Please, provide any additional relevant information on your condition that could help us proceed with your insurance application.

DECLARATION

I acknowledge having read and understood all the questions above and having given the correct answers. In addition, I consent to having them serve as the basis of the insurance contract requested.

Signature of the witness_____
Date_____
Signature of the person to be insured or co-insured
(If minor, signature of father or mother)