

À remplir par l'assuré

Prénom et nom		Date de naissance (aaaa-mm-jj)		Numéro de référence : numéro de dossier, de police, de contrat ou de demande	
Profession		Taille	Poids actuel		Poids il y a 2 ans
Date du diagnostic de diabète	Nom et adresse du médecin qui a posé le diagnostic				
Nom et adresse du médecin traitant					
À quelle fréquence consultez-vous votre médecin?			Date de la dernière consultation		
Est-ce que des membres de votre famille souffrent de diabète?					
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui , précisez : <input type="checkbox"/> Parents <input type="checkbox"/> Frère(s) <input type="checkbox"/> Soeur(s) <input type="checkbox"/> Enfant(s)					
Nature du traitement :					
<input type="checkbox"/> Diète seulement		<input type="checkbox"/> Médication orale et diète		<input type="checkbox"/> Diète et insuline	
Médication orale utilisée (s'il y a lieu)	Est-elle prise régulièrement?		Avez-vous changé de médicaments au cours des deux dernières années?		
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Faites-vous usage d'insuline?					
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui , précisez la fréquence d'usage :					
Y a-t-il eu un changement dans votre type ou votre dose d'insuline au cours des deux dernières années?					
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Mesurez-vous régulièrement votre glycémie?				Taux de glycémie	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui , précisez la fréquence d'usage :				À jeun : 2 heures après le repas :	
Avez-vous déjà subi un électrocardiogramme ou une radiographie?					
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui , indiquez les résultats :					
Avez-vous déjà souffert d'un ou de plusieurs des problèmes suivants?					
Coma diabétique		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Choc insulinaire		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Défaillance rénale		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Infection récurrente		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Hypertension		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Insuffisance cardiaque		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Névrite		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Trouble de la vision		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si vous avez coché **oui**, veuillez préciser la nature du problème et donner des détails.

Je déclare que les réponses contenues dans ce document sont exactes et complètes et j'accepte qu'elles fassent partie intégrante de ma demande d'assurance.

Date (aaaa-mm-jj)

X

Signature de la personne à assurer
(père, mère ou tuteur s'il s'agit d'un mineur)

X

Signature du témoin