

**QUESTIONNAIRE SUR LE DIABÉTE (À REMPLIR PAR LA PERSONNE À ASSURER)**

Nom : \_\_\_\_\_ Proposition n° \_\_\_\_\_

1. Date du diagnostic (jj/mmm/aaaa) : \_\_\_\_\_
2. Nom et adresse du médecin de votre médecin traitant actuel?  
 \_\_\_\_\_
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 déclare que toutes les réponses aux questions du questionnaire et les déclarations faites sont véridiques et complètes et qu'elles font partie de ma proposition d'assurance auprès de BMO Société d'assurance-vie. Je comprends que si je ne répons pas entièrement et honnêtement à toutes les questions, la compagnie pourrait annuler la police.

Province de signature	Date JJ/MMM/AAAA)	Signature
		Personne à assurer
		X