

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