

### Identification

Numéro de police :

Nom de la personne à assurer :

Prénom de la personne à assurer :

Date de naissance :  /  /   
année / mois / jour

### Section diabète

1. a) Quand votre diabète a-t-il été diagnostiqué pour la première fois ? \_\_\_\_\_

b) Nom et adresse du médecin qui a fait le diagnostic : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

c) Nom et adresse de votre médecin traitant actuel : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

d) À quel intervalle consultez-vous votre médecin traitant ? \_\_\_\_\_

Date de la dernière visite :  /  /   
année / mois / jour

2. Veuillez indiquer votre taille et votre poids : Taille : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_

3. Quel traitement vous a-t-on prescrit ?

Régime alimentaire

Médicaments oraux - Genre et dose : \_\_\_\_\_

Insuline - Genre et nombre d'unités par jour : \_\_\_\_\_



## diabète (suite)

4. À quelle fréquence faites-vous des tests de votre sang pour déceler le niveau de sucre ? \_\_\_\_\_

À quelle fréquence le niveau de sucre dans votre sang est-il élevé ? \_\_\_\_\_

Quel a été le résultat de votre dernier test d'hémoglobine A1C ? \_\_\_\_\_ Date : 

--	--	--	--

 / 

--	--

 / 

--	--

  
année / mois / jour

5. Avez-vous déjà souffert de : Dans l'affirmative, veuillez indiquer les noms des médecins consultés en précisant la date de consultation :

Troubles cardiaques  Oui  Non \_\_\_\_\_

Hypertension  Oui  Non \_\_\_\_\_

Troubles rénaux  Oui  Non \_\_\_\_\_

Troubles circulatoires  Oui  Non \_\_\_\_\_

Troubles de la vue  Oui  Non \_\_\_\_\_

Réaction à l'insuline  Oui  Non \_\_\_\_\_

Coma diabétique  Oui  Non \_\_\_\_\_

6. Avez-vous déjà eu :

Un électrocardiogramme  Oui  Non \_\_\_\_\_

Dans l'affirmative, veuillez indiquer les résultats : \_\_\_\_\_

7. a) Faites-vous usage de tabac sous quelque forme que ce soit ?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser la forme et la quantité quotidienne : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e) déclare que les réponses aux questions ci-dessus sont complètes et véridiques et qu'elles serviront de base au contrat d'assurance avec Humania Assurance.

Fait à : \_\_\_\_\_ le : 

--	--	--	--

 / 

--	--

 / 

--	--

  
année / mois / jour

Signature du témoin : \_\_\_\_\_

Signature de la personne à assurer : \_\_\_\_\_