

**RENSEIGNEMENTS SUR LE PROPOSANT**

NOM DU DEMANDEUR

DATE DE NAISSANCE

JOUR MOIS ANNÉE

**PRÉCISIONS**1. Poids actuel lb  kg 

2. Quand le diabète vous a-t-il été diagnostiqué pour la première fois?

3. Nom et adresse du médecin :

4. À quelle fréquence consultez-vous le médecin?

5. Date de la dernière consultation :

6. Veuillez indiquer si vous avez ou avez déjà eu les affections suivantes :

- maladies des yeux ou troubles de la vue  maladie coronarienne  choc insulinique ou coma diabétique  
 neuropathie (engourdissement, fourmillement, picotements)  troubles des reins ou de la vessie  accident vasculaire cérébral  
 hypertension  ulcères de jambe ou de pied  douleurs à la poitrine ou maladie du cœur

Veuillez fournir une description détaillée pour les éléments cochés :

7. Avez-vous d'autres problèmes médicaux?

 OUI  NON Si vous avez répondu OUI, veuillez préciser :

8. Lectures récentes de la tension artérielle :

DATE : PRESSION ARTÉRIELLE :

9. Veuillez fournir les résultats des plus récentes analyses de la glycémie, de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) et de cholestérolémie :

Date :	Glycémie
Date :	HbA1c
Date :	Cholestérol

10. Traitement actuel contre le diabète :

Options de traitement	Nom et posologie du médicament	Date de début
Diète	<input type="checkbox"/> Diète seulement	
Médicaments en prise orale		
Insuline		

**SIGNATURE**

Une photocopie ou une reproduction électronique du présent document sera valide au même titre que l'original.

Signature du proposant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**VEUILLEZ RETOURNER LE PRÉSENT FORMULAIRE À L'ADRESSE SUIVANTE :**  
**La Compagnie d'assurance-vie Wawanesa, 400-200 Main Street, Winnipeg (Manitoba) R3C 1A8**  
**Tél. : 1-888-997-9965 Téléc. : 1-888-985-3872 Web: wawanesalife.com**