

RENSEIGNEMENTS SUR LE PROPOSANT		
NOM DU DEMANDEUR	DATE DE NAISSANCE	
	JOUR	MOIS ANNÉE
PRÉCISIONS		
1. Poids actuel lb <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/>		
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 :		
<input type="checkbox"/> maladies des yeux ou troubles de la vue	<input type="checkbox"/> maladie coronarienne	<input type="checkbox"/> choc insulinaire ou coma diabétique
<input type="checkbox"/> neuropathie (engourdissement, fourmillement, picotements)	<input type="checkbox"/> troubles des reins ou de la vessie	<input type="checkbox"/> accident vasculaire cérébral
<input type="checkbox"/> hypertension	<input type="checkbox"/> ulcères de jambe ou de pied	<input type="checkbox"/> douleurs à la poitrine ou maladie du cœur
Veuillez fournir une description détaillée pour les éléments cochés :		
7. Avez-vous d'autres problèmes médicaux?		
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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