

L'assurance Acceptionnelle Vie^{MC} est offerte et souscrite par Co-operators Compagnie d'assurance-vie et est distribuée par Hunter McCorquodale et ses conseillers des ventes sous contrat.

QUESTIONNAIRE SUR LE DIABÈTE

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

MÉDECIN

Nom _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____

Personne à assurer _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____

Date de naissance _____
JJ/MMM/AAAA

QUESTIONNAIRE

1. Type de diabète :

<input type="checkbox"/> Insulino-dépendant	<input type="checkbox"/> Non insulino-dépendant	<input type="checkbox"/> Anomalie antérieure de tolérance au glucose	<input type="checkbox"/> Anomalie potentielle de tolérance de glucose
<input type="checkbox"/> Altération de la tolérance au glucose	<input type="checkbox"/> Diabète gestationnel	<input type="checkbox"/> Autres types liés à certaines affections ou syndromes	
<input type="checkbox"/> Obèse	<input type="checkbox"/> Non obèse	Veuillez décrire l'affection ou le syndrome : _____	

2. Nom et adresse du médecin qui a posé le diagnostic :

Nom _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____

Adresse _____
N° et rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

3. Depuis combien de temps ce patient présente-t-il un diabète connu? _____

4. Quel est le régime alimentaire du patient? _____

5. Quel traitement le patient suit-il? _____

6. Type d'insuline, de médicaments, etc. : _____
Dose quotidienne : _____

7. À quelle fréquence ce patient vous consulte-t-il? Chaque semaine Chaque mois Autre Date de la dernière visite _____
JJ/MMM/AAAA

8. Depuis quand traitez-vous ce patient? _____

9. À quel point le patient comprend-il la nature de son affection? Pas du tout Assez bien Très bien

10. Comment décririez-vous ce patient quant aux recommandations données : Ne s'y conforme pas S'y conforme raisonnablement S'y conforme très bien

11. Comment décririez-vous ce patient : Peu contrôlé Assez bien contrôlé Bien contrôlé

12. Ce patient a-t-il déjà eu une réaction hypoglycémique? Oui Non
Si oui, précisez la date et décrivez la gravité _____

13. Le patient a-t-il déjà fait un coma diabétique? Oui Non
Si oui, précisez quand et les causes immédiates _____

14. Le patient présente-t-il l'une des affections suivantes?

- a) Rétinopathie proliférante Oui Non
- b) Rétinopathie de fond Oui Non
- c) Coronaropathie Oui Non
- d) Abscess/Furoncle/Anthrax Oui Non
- e) Trouble des vaisseaux périphériques Oui Non
- f) Maladie du rein Oui Non
- g) Maladie prolongée Oui Non

QUESTIONNAIRE

15. Taux de glycémie :

Temps depuis le dernier repas	Résultat	Date (JJ/MMM/AAAA)

16. Taux HbA1C _____ Date _____ JJ/MMM/AAAA

17. Taux de microalbuminurie (s'il y a lieu) _____ Date _____ JJ/MMM/AAAA

18. Tension artérielle et date(s) : _____

19. Poids actuel _____ Poids le plus élevé _____

20. Date du dernier électrocardiogramme (en joindre une copie si possible) _____

JJ/MMM/AAAA

Résultat _____

21. Ce patient a-t-il consulté un ophtalmologiste dans les cinq dernières années? Oui Non

Si oui, veuillez fournir le nom et l'adresse du médecin, les dates et les résultats :

Nom _____

Prénom

Initiale

Nom

Adresse _____

N° et rue

Ville

Province

Code postal

Date (JJ/MMM/AAAA)	Résultats

22. Observations : _____

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ ET AUTORISATION

Déclaration de confidentialité de Co-operators Compagnie d'assurance-vie

Co-operators Compagnie d'assurance-vie s'engage à protéger la vie privée de ses clients, ainsi que la confidentialité, l'exactitude et la sécurité des renseignements personnels recueillis, utilisés, conservés et divulgués dans le cadre de ses affaires.

Co-operators reconnaît et respecte le droit à la vie privée. Lorsque vous adhérez à une assurance ou que vous présentez une demande de règlement, nous établissons un dossier confidentiel, puis nous recueillons, utilisons et divulguons des renseignements personnels à votre sujet pour établir, administrer, traiter et gérer votre assurance. Vous pouvez accéder à vos renseignements personnels et les corriger, au besoin, en nous transmettant une demande par écrit.

Seuls les membres de notre personnel et d'autres personnes autorisées ont accès à vos renseignements personnels afin d'exécuter leurs fonctions. Nos systèmes et procédures sont conçus pour prévenir la perte, l'utilisation inappropriée ou non autorisée, la divulgation, la modification ou la destruction de vos renseignements. Notre engagement à l'égard de la sécurité s'applique également aux contrats et aux ententes que nous signons avec nos fournisseurs et prestataires de services externes. Nous pouvons conserver et utiliser vos renseignements personnels au Canada, aux États-Unis et dans d'autres pays à des fins de traitement, de stockage, d'analyse ou de reprise des activités après sinistre. De plus, ceux-ci peuvent être divulgués, dans le cadre d'une ordonnance légale et en vertu des lois applicables, à un gouvernement, à un tribunal, ainsi qu'à un organisme de réglementation et d'application de la loi. Pour plus de détails quant à notre politique sur la vie privée, visitez le www.cooperators.ca. Pour toute question sur le sujet ou sur la collecte, l'utilisation et la divulgation de vos renseignements personnels, communiquez avec le chef de la Protection de la vie privée de Co-operators aux coordonnées suivantes : Priory Square, Guelph (Ontario) N1H 6P8. Téléphone : 1-888-887-7773. Courriel : privacy@cooperators.ca (veuillez préciser quelle compagnie de Co-operators est concernée par votre demande).

Si vous refusez l'utilisation ou la divulgation de vos renseignements personnels dans le cadre de votre demande d'adhésion et de la gestion de toute police que nous établissons, nous ne serons pas en mesure de vous offrir le produit d'assurance qui vous intéresse, de gérer votre assurance ou de traiter votre demande de règlement.

Je déclare et certifie que les renseignements fournis sont complets et véridiques, et qu'ils font partie intégrante de ma demande. Il est entendu que les renseignements personnels contenus dans le présent formulaire seront utilisés par Co-operators Compagnie d'assurance-vie à des fins de tarification et pour toute autre utilisation conforme aux lois fédérales et provinciales applicables. Je reconnais également que Co-operators Compagnie d'assurance-vie fonde sa décision sur les renseignements fournis, et qu'elle est en droit d'annuler ma ou mes polices en cas d'une fausse déclaration de ma part.

Signature du proposant _____ Date _____

JJ/MMM/AAAA