

L'assurance Acceptionnelle Vie<sup>MC</sup> 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

## PERSONNE À ASSURER

Nom \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_ Initiale \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_ JJ/MMM/AAAA  Homme  Femme Taille \_\_\_\_\_  pi/po  cm Poids \_\_\_\_\_  lb  kg Fumeur  Oui  Non

## QUESTIONNAIRE

1. À quel âge avez-vous reçu un diagnostic de diabète? \_\_\_\_\_ Date du diagnostic \_\_\_\_\_  
MMM/AAAA
2. Veuillez fournir tous les détails de vos traitements courants :
  - Régime alimentaire et exercice seulement \_\_\_\_\_
  - Médicament oral (type et posologie) \_\_\_\_\_
  - Insuline (type et nombre d'unités par jour) \_\_\_\_\_
  - Pompe à insuline (type d'insuline et nombre d'unités par jour) \_\_\_\_\_
3. Vos traitements ont-ils changé au cours des deux dernières années?  Oui  Non  
Si oui, précisez \_\_\_\_\_
4. Avez-vous déjà eu :
  - a) De l'hypertension artérielle? .....  Oui  Non
  - b) Un taux élevé de cholestérol? .....  Oui  Non
  - c) Une réaction à l'insuline? .....  Oui  Non
  - d) Un problème cardiaque? .....  Oui  Non
  - e) Un problème circulatoire? .....  Oui  Non
  - f) Une infection au pied? .....  Oui  Non
  - g) Des problèmes oculaires ou de vision? .....  Oui  Non
  - h) De l'albumine ou des protéines dans l'urine? .....  Oui  Non
  - i) Des problèmes rénaux? .....  Oui  Non
  - j) Des engourdissements ou des picotements dans les membres? .....  Oui  Non
  - k) Un coma diabétique? .....  Oui  Non
  - l) Une amputation? .....  Oui  NonSi oui, fournissez les détails y compris les dates \_\_\_\_\_
5. Avez-vous déjà subi une radiographie pulmonaire, un électrocardiogramme ou un autre examen cardiaque?  Oui  Non  
Si oui, fournissez les dates et les résultats \_\_\_\_\_
6. a) À quelle fréquence évaluez-vous votre glycémie? \_\_\_\_\_  
b) Est-ce que votre médecin considère que votre taux de glycémie est acceptable?  Oui  Non  
c) Quel est votre taux de glycémie normal? \_\_\_\_\_  
d) Date et résultats de votre dernier test Hgb A1c \_\_\_\_\_  
e) Lorsque votre niveau de glycémie est élevé, ajustez-vous votre prise de médicaments?  Oui  Non
7. Vous êtes-vous déjà présenté à l'urgence ou avez-vous déjà été hospitalisé en raison de votre diabète ou de toute autre affection connexe?  Oui  Non  
Si oui, fournissez les dates, les raisons et le nom et l'adresse de l'hôpital \_\_\_\_\_
8. Êtes-vous suivi par votre médecin de famille sur une base régulière pour votre diabète?  Oui  Non  
Si oui, veuillez indiquer la fréquence des suivis et la date de la dernière consultation \_\_\_\_\_

## QUESTIONNAIRE (SUITE)

9. Êtes-vous suivi par un ophtalmologiste ou un optométriste sur une base régulière?  Oui  Non

Si oui, précisez

Nom \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_ Initiale \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
N° et rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_  
Fréquence des visites de suivi \_\_\_\_\_ Date de la dernière consultation \_\_\_\_\_  
MMM/AAAA

10. Avez-vous déjà été dirigé vers un spécialiste pour votre diabète?  Oui  Non

Si oui, précisez

Nom \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_ Initiale \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
N° et rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_  
Fréquence des visites de suivi \_\_\_\_\_ Date de la dernière consultation \_\_\_\_\_  
MMM/AAAA

11. Avez-vous dû vous absenter du travail en raison de votre diabète ou de toute complication connexe?  Oui  Non

Si oui, fournissez les détails y compris les dates et la durée de l'arrêt de travail \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12. Vos activités professionnelles ou quotidiennes ont-elles fait l'objet de restrictions ou de modifications en raison de cette affection?  Oui  Non

Si oui, décrivez les restrictions, modifications ou limitations \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 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](http://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](mailto: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/MM/AAAA