

Questionnaire Diabète Assuré



À remplir à l'encre noire.

Vous avez la possibilité de remplir ce document à votre domicile.

POUR UN TRAITEMENT RAPIDE DE VOTRE DOSSIER, RÉPONDEZ IMPÉRATIVEMENT À TOUTES LES QUESTIONS

1	NOM d'usage :
	Prénom :

2	a) Quand votre diabète a-t-il été diagnostiqué? Date(s) : / /
	b) De quel type s'agit-il? <input type="text"/>

NON OUI Si oui, merci de préciser le type d'insuline et la posologie (y compris le nombre d'injections quotidiennes)

3	a) Suivez-vous un traitement par insuline?
---	--

4	a) A quelle fréquence effectuez-vous un dosage de la glycémie et de la protéinurie?		
	b) Veuillez préciser les résultats de vos trois dernières glycémies	Résultats	Date / / / / / /
	c) Veuillez préciser les résultats de vos trois dernières glycosuries	Résultats	Date / / / / / /
	d) Veuillez préciser les résultats des deux derniers dosages de l'HbA1c, si connus	Résultats	Date / / / /
	e) A quelle fréquence effectuez-vous un contrôle ou consultez-vous votre médecin?		
	f) Quelle est la date votre dernière consultation?	/ /	

NON OUI Si oui, merci de préciser

5	a) Depuis le début de votre traitement, avez-vous été hospitalisé pour un coma diabétique (hypoglycémique/hyperglycémique) ou pour d'autres affections en relation avec votre diabète?
---	--

[Compléter la page suivante >>](#)

NOM et Prénom de la personne à assurer :

	Avez-vous déjà eu?	NON	OUI	Si oui, merci de préciser
5	a) Albumine ou protéines dans les urines			
	b) Problèmes oculaires			
	c) Engourdissement ou fourmillement dans les bras, les mains, les pieds ou les jambes			
	d) Tension artérielle élevée			
	e) Troubles cardiaques ou circulatoires			
	f) Troubles rénaux			
6	Avez –vous été en arrêt de travail pour une durée de 15 jours ou plus pour une maladie quelle qu'elle soit?			

Je certifie qu'à ma connaissance les présentes déclarations sont exactes et complètes et que je n'ai omis aucune information pouvant influencer sur l'évaluation ou l'acceptation de la présente demande. Je déclare reconnaître que ce questionnaire fera partie intégrante de ma proposition d'assurance et que les renseignements fournis serviront de base à l'évaluation de l'assureur.

Mon attention a été attirée sur le fait que l'assurance serait nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle. (Art. L 113-8 du Code des Assurances).

Pour l'étude du dossier d'assurance, les données médicales personnelles sont exclusivement utilisées pour le traitement du dossier par l'assureur, ses mandataires ou ses réassureurs, dans le strict respect du secret médical.

Le défaut de réponse aux questions peut avoir pour conséquence le non examen du dossier de la personne concernée.

Fait à :**Le :** / /*Signature de la personne à assurer***OBLIGATOIRE**

Le présent questionnaire doit être adressé sous pli confidentiel à :

**MetLife - à l'attention du Médecin Conseil
TSA 36835 - 95939 ROISSY CH DE GAULLE CEDEX.**