

P R É V O Y A N C E

Prévoyance

(**Rapport**
médical)

Vous souscrivez
un contrat APRIL Assurances

2005/2006


april
assurances

Entretien avec la personne à assurer

Déclarations de la personne à assurer recueillies et rédigées par le médecin examinateur. Le médecin est prié **d'inscrire lui-même** les réponses, de **cocher** les cases correspondantes et de compléter les rubriques lorsqu'un commentaire est souhaité. Si les réponses ont été consignées antérieurement, le médecin est invité à les revoir avec la personne à examiner.

ATTENTION Merci de répondre à chacune des questions posées.

1. Identité		
1.1 - Nom et prénom (suivi s'il y a lieu du nom d'époux) :	_____	
1.2 - Date et lieu de naissance :	_____	
1.3 - Domicile :	_____	
1.4 - Profession (avec détails)	actuelle : _____	antérieure : _____
1.5 - Si vous avez séjourné ou résidé à l'étranger (sauf Europe et Amérique du Nord) où si vous envisagez de le faire au cours des 12 prochains mois.	Où ? _____	Quand ? _____
	Durée du séjour : _____	But : _____
2. Habitudes de vie	NON OUI	COMMENTAIRES
2.1 - Consommez-vous des boissons alcoolisées ? Quantité par jour ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	vin <input type="checkbox"/> cl bière <input type="checkbox"/> cl apéritif <input type="checkbox"/> cl alcool <input type="checkbox"/> cl
2.2 - Fumez-vous ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	cigarettes <input type="checkbox"/> _____ cigares <input type="checkbox"/> _____ pipes <input type="checkbox"/> _____ quantité en paquets par année : _____ date de début de la consommation tabagique : _ _ _ _ _ _ _ _
2.3 - Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants (drogues) ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	lesquels ? _____ jusqu'à quand ? _____
2.4 - Sports pratiqués régulièrement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	lesquels ? _____
2.5 - Votre poids a-t-il diminué au cours de la dernière année ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ kg cause : _____ intentionnellement ? non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
3. Passé pathologique	NON OUI	NON OUI
3.1 - Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des symptômes suivants ?		
a) Tuberculose, paludisme, amibiase, maladie sexuellement transmissible ou infection conséquence d'une immuno- déficience acquise (sida) ou toute autre maladie infectieuse ou parasitaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Diabète, hypercholestérolémie, hypertriglycéridémie, goutte, affection de la thyroïde ou toute autre atteinte du système endocrinien ou du métabolisme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Anémie, anomalie de coagulation, de la moelle osseuse, leucémie ou tout autre maladie du sang ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Dépression, anxiété, tentative de suicide, surmenage, stress, névrose, psychose, tétanie, spasmophilie ou toute autre atteinte psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Paralyse, épilepsie, sclérose en plaques, myopathie, maladie de Parkinson, démence ou toute autre maladie du système nerveux ou des muscles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Surdité, enrouement, trouble de la vue ou toute autre maladie de l'oreille, du nez, de la gorge ou des yeux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Malformation ou souffle cardiaque, œdème, douleurs thoraciques, palpitations, artérite, varices, hypertension artérielle, maladie coronarienne, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, trouble de conduction, trouble du rythme ou toute autre maladie de l'appareil cardio-vasculaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Bronchite chronique, asthme, emphysème, tuberculose ou toute autre maladie de l'appareil respiratoire ou des poumons ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Hémorragie digestive, troubles de l'oesophage, de l'estomac, de l'intestin, du colon ou du rectum, affections du foie (hépatite, cirrhose), de la vésicule ou du pancréas, hernie ou toute autre maladie de l'appareil digestif ou atteinte de l'abdomen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Albuminurie, affection des reins, des voies urinaires (coliques néphrétiques, cystite), des organes génitaux ou toute autre maladie de l'appareil urogénital ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Psoriasis, kyste, eczéma, naevus ou toute autre maladie de la peau ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Hernie discale, sciatique, lumbago, douleurs dorsales, douleurs cervicales, arthrose, ostéoporose, tassements, rhumatismes inflammatoires, vascularite ou toute autre maladie des os ou des articulations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Cancer, tumeur ou toute autre affection maligne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Présentez-vous une malformation congénitale ou toute autre maladie ou infirmité non citée plus haut ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 - Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 - Avez-vous subi un traitement par substances radioactives, une chimiothérapie ou une transfusion sanguine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4 - Avez-vous été accidenté ? En cas de traumatisme crânien, indiquer s'il y a eu perte de connaissance et sa durée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5 - Avez-vous séjourné dans un hôpital, une maison de santé, un sanatorium, une station thermale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'il a été répondu OUI à l'une ou plusieurs questions, veuillez indiquer de quelle maladie il s'agit ainsi que toutes les précisions utiles (date, durée, traitement, interventions chirurgicales, date de guérison, séquelles, commentaires).		

4.		NON OUI	COMMENTAIRES
4.1 - Etes-vous bénéficiaire d'une rente d'invalidité ? Civile <input type="checkbox"/> Militaire <input type="checkbox"/> (Joindre le titre de pension précisant le motif)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		motif : _____ taux : _____ depuis quand ? _____
4.2 - Pour les hommes de moins de 35 ans : Vous a-t-on déclaré inapte au service militaire ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		quand ? _____ pourquoi ? _____
5. Pour les personnes de sexe féminin		NON OUI	
5.1 - Grossesses antérieures ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		combien ? _____ complications éventuelles : _____
5.2 - Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		de combien de mois ? _____ complications éventuelles : _____
5.3 - Prenez-vous des anticonceptionnels ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		_____
6.		NON OUI	
6.1 - Suivez-vous un traitement ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		lequel ? _____ pourquoi ? _____
6.2 - Recevez-vous des soins médicaux ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		lequel ? _____ pourquoi ? _____
6.3 - Avez-vous été, au cours des 5 dernières années, traité pendant plus de 3 semaines ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		quand ? _____ pourquoi ? _____
6.4 - Avez-vous consulté un médecin au cours des 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		quand ? _____ pourquoi ? _____
6.5 - Devez-vous être hospitalisé prochainement ou subir une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		quand ? _____ pourquoi ? _____
7.		NON OUI	
7.1 - Vous a-t-on fait au cours des 5 dernières années : - un électrocardiogramme ? - une radiographie du thorax ? - une analyse du sang ? - un test de dépistage du sida ? - une analyse des urines ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		quand ? _____ résultat : _____ quand ? _____ résultat : _____ quand ? _____ résultat : _____ quand ? _____ résultat : _____ quand ? _____ résultat : _____
7.2 - Avez-vous été soumis à d'autres investigations (par exemple électroencéphalogramme, scanner, scintigraphie, artériographie) ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		quand ? _____ lesquelles ? _____ résultat : _____
8.		NON OUI	
8.1 - Vous trouvez-vous en état d'incapacité de travail ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		totale <input type="checkbox"/> partielle <input type="checkbox"/> depuis : _____ pourquoi ? _____
8.2 - Avez-vous été, durant les 5 dernières années, incapable de travailler pendant plus de 3 semaines pour raison de santé ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		quand ? _____ pourquoi ? _____ pour quelle raison ? _____ durée : _____
9.		NON OUI	
9.1 - Avez-vous autre chose à déclarer concernant votre état de santé ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		_____ _____ _____ _____
9.2 - Quel est votre médecin habituel (adresse) ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		_____ _____ _____

Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité aux questions précitées et n'avoir rien dissimulé qui puisse induire en erreur l'organisme assureur. J'ai été informé(e) que toute fausse déclaration ou omission intentionnelle entraînerait la nullité de mon contrat d'assurance conformément à la loi.

Fait à : _____

Date : ____/____/____

La signature de la personne à assurer

Cachet et signature du médecin examinateur

Examen médical de la personne à assurer

Le médecin est prié de répondre avec précision à **toutes** les questions et de commenter les éventuelles anomalies constatées (au besoin, ajouter un feuillet).



Merci de répondre à chacune des questions posées.

10.	NON	OUI	COMMENTAIRES
10.1 - Vous êtes-vous assuré de l'identité de la personne à assurer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.2 - L'avez-vous déjà soignée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	quand? pourquoi?
11. Constitution/Généralités			
		NON	OUI
11.1 - Taille (mesurée au cabinet)		 cm
11.2 - Poids (pesée au cabinet)		 kg
11.3 - Périmètre du thorax		 cm en inspiration cm en expiration
11.4 - Circonférence de l'abdomen		 cm
11.5 - Existe-t-il des anomalies congénitales et de la croissance.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquelles?
11.6 - Y a-t-il des difformités ou des malformations (thorax, colonne vertébrale, membres, etc...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquelles?
12. Habitudes			
		NON	OUI
12.1 - Les occupations ou les habitudes de la personne à assurer peuvent-elles nuire à sa santé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquelles?
12.2 - Y a-t-il des signes suggérant une consommation d'alcool excessive, des indices d'abus de tabac, de médicaments ou d'usage de stupéfiants?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquels?
13. Système endocrinien et métabolisme/psychiatrie/système nerveux et muscles			
13.1 - Votre examen met-il en évidence une anomalie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle?
13.2 - Y a-t-il des troubles du comportement ou des signes pouvant évoquer une affection psychiatrique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquels?
13.3 - Constatez-vous une symptomatologie évocatrice d'une atteinte du système nerveux ou d'une myopathie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle?
14. Organes sensitifs			
		NON	OUI
14.1 - Y a-t-il une affection de l'appareil auditif? Y a-t-il une baisse de l'acuité auditive?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle? D. <input type="checkbox"/> G. <input type="checkbox"/> degré : D. : G. :
14.2 - Y a-t-il une affection des yeux? Nécessite-t-elle une correction?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle? avant correction : OD = OG = après correction : OD = avec dioptries OG = avec dioptries
15. Appareil cardiovasculaire			
		NON	OUI
15.1 - L'aire cardiaque est-elle agrandie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	importance :
15.2 - Troubles du rythme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquels?
15.3 - Les bruits du cœur sont-ils anormaux (dédoublément, roulement, etc...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> intensité :
15.4 - Entendez-vous un souffle cardiaque? Comment se propage-t-il? Irradiation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	systolique <input type="checkbox"/> où? intensité : diastolique <input type="checkbox"/> où? intensité :
15.5 - Le souffle est-il organique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	diagnostic :
15.6 - Existe-t-il une anomalie du pouls radial, carotidien, fémoral, tibial postérieur ou pédieux?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	siège : droit <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> cause : importance :
15.7 - Troubles du système veineux, œdème, troubles trophiques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquels? importance :
15.8 - Tension artérielle : systolique diastolique non traitée <input type="checkbox"/> traitée <input type="checkbox"/>			
15.9 - Fréquence du pouls /min - Si fréquence inférieure à 60, veuillez effectuer une prise du pouls à l'effort. Résultat : - Si les chiffres tensionnels sont supérieurs à 15/9 ou la fréquence du pouls supérieure à 90, veuillez effectuer un contrôle en fin d'examen, après repos.			
15.10 - Contrôle éventuel systolique : diastolique pulsations /min			

