

CARDIF

Rapport médical confidentiel

Avis du médecin Conseil de CARDIF

Référence du dossier

Établi par le Docteur _____
à _____

I - DÉCLARATIONS DE LA PERSONNE À ASSURER

(LE MÉDECIN DOIT INSCRIRE LUI-MÊME LES RÉPONSES)

Nom et prénom (suivi s'il y a lieu du nom d'époux) : _____ Sexe : M F

Date de naissance et nationalité : _____ Adresse : _____

Situation de famille : _____ Profession : Actuelle : _____ Antérieure : _____

Sports pratiqués régulièrement : _____

Avez-vous séjourné ou résidé à l'étranger à titre professionnel ou dans un but humanitaire (sauf dans les pays de l'Union Européenne, Suisse, Norvège, Islande, États-Unis, Canada, Japon, Australie, Nouvelle Zélande) ou envisagez-vous de le faire au cours des 12 prochains mois : Si oui, où : _____

Quand ? _____

QUELLES QUE SOIENT LES RÉPONSES DONNÉES DANS CE QUESTIONNAIRE, VOUS ÊTES INVITÉ À LE TRANSMETTRE SOUS ENVELOPPE CONFIDENTIELLE CI-JOINTE À L'ATTENTION DU MÉDECIN CONSEIL DE CARDIF.

NON

OUI

Commentaires

1 Consommez-vous des boissons alcoolisées ? NON OUI vin bière apéritif alcool
Quantité par jour ? _____ cl _____ cl _____ cl _____ cl
Fumez-vous ? NON OUI cigarettes cigares pipes
Combien par jour ? _____
Taille _____ cm Poids _____ kg Tension artérielle habituelle _____ / _____

2 Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des symptômes suivants :

	NON	OUI	Quand ?	Combien de temps ?	Évolution ?	Séquelles ?
• tuberculose, paludisme, amibiase, maladies sexuellement transmissibles, infection conséquence d'une immunodéficience acquise (SIDA) ou toute autre maladie infectieuse ou parasitaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
• diabète, hypercholestérolémie, goutte, affection de la thyroïde (goitre) ou toute autre atteinte du système endocrinien ou du métabolisme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
• anémie, anomalie de la coagulation, leucémie ou toute autre maladie du sang ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
• dépression, stress, anxiété, surmenage, névrose, tentative de suicide, psychose, schizophrénie, anorexie mentale, boulimie ou toute autre atteinte psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
• paralysie, accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire, épilepsie, sclérose en plaques ou toute autre maladie du système nerveux ou des muscles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
• surdité, troubles de la vue ou toute autre maladie de l'oreille, du nez, de la gorge ou de l'oeil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
• malformation ou souffle cardiaque, douleurs thoraciques, palpitations, artérite, varices, hypertension artérielle, maladie coronarienne, infarctus du myocarde, troubles du rythme ou toute autre maladie de l'appareil cardiovasculaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
• bronchite chronique, asthme, emphysème ou toute autre maladie de l'appareil respiratoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
• hémorragie digestive, affections de l'oesophage, de l'estomac, de l'intestin, du côlon, du rectum, du foie (hépatite, cirrhose), de la vésicule ou des voies biliaires, du pancréas, hernie ou toute autre maladie de l'appareil digestif ou atteinte de l'abdomen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
• albuminurie, affections 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"/>	_____	_____	_____	_____
• psoriasis, kyste ou toute autre maladie de la peau ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
• ostéoporose, lumbago, hernie discale, sciatique, arthrose, douleurs dorsales ou toute autre maladie des os ou des articulations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
• toute autre maladie ou infirmité non citée plus haut ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____

Nature ? _____
Degré ? OG ____/10 OD ____/10 Correction : OG ____/10 OD ____/10
Perte de décibels ? _____



NON OUI

Commentaires

Quand ? Combien de temps ? Évolution ? Séquelles ?

3 Avez-vous subi un traitement par substances radioactives, une chimiothérapie ou une transfusion sanguine ?
Avez-vous été accidenté ?
En cas de traumatisme crânien, indiquer s'il y a eu coma ou perte de connaissance et sa durée.
Avez-vous été opéré ?

☐ ☐
☐ ☐
☐ ☐

Nature de l'intervention ? _____ date ? _____

4 Pour les personnes de sexe féminin :
Grossesses antérieures ?

☐ ☐

combien ? _____

Etes-vous enceinte ?

☐ ☐

complications éventuelles ? _____

Prenez-vous une contraception orale ?

☐ ☐

de combien de mois ? _____

complications éventuelles ? _____

Laquelle ? _____

5 Suivez-vous un traitement ?

☐ ☐

lequel ? _____

Recevez-vous des soins médicaux ?

☐ ☐

pourquoi ? _____

Avez-vous été, au cours des 10 dernières années, traité pendant plus de 3 semaines ?

☐ ☐

lesquels ? _____

pourquoi ? _____

Avez-vous consulté un médecin au cours des 12 derniers mois ?

☐ ☐

quand ? _____

pourquoi ? _____

Devez-vous être hospitalisé prochainement ou subir une intervention chirurgicale ?

☐ ☐

quand ? _____

pourquoi ? _____

quand ? _____

motif ? _____

6 Avez-vous subi, au cours des 5 dernières années, un électrocardiogramme, une radiographie du thorax, une analyse du sang, une analyse des urines ?

☐ ☐

Si oui, lesquelles ? _____

quand ? _____ résultat ? _____

Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies VHB, VHC (hépatites), VIH ?

☐ ☐

si oui, lesquelles ? _____

résultat des tests ? _____

date ? _____

Avez-vous été soumis à d'autres investigations (par exemple électro-encéphalogramme, scanner, scintigraphie, artériographie, autres) ?

☐ ☐

quand ? _____ lesquelles ? _____

résultat ? _____

7 Vous trouvez-vous en état d'incapacité de travail ?

☐ ☐

totale ☐ partielle ☐ depuis ? _____

Avez-vous eu un arrêt de travail de plus de 3 semaines au cours des 10 dernières années ?

☐ ☐

pourquoi ? _____

quand ? _____ pourquoi ? _____

Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié d'un taux d'invalidité ?

☐ ☐

durée ? _____

lequel ? _____

pourquoi ? _____ date ? _____

8 Êtes-vous actuellement titulaire d'assurances de personnes ?
Montant des garanties (décès, incapacité de travail, invalidité) ? (si besoin, merci de joindre un document descriptif daté et signé par la personne à assurer)
Conditions d'acceptation (tarif normal, motif en cas de refus, ajournement, restriction, surprime) ?

☐ ☐

Avez-vous autre chose à déclarer concernant votre état de santé ?

☐ ☐

Quel est votre médecin habituel (adresse) ?

La validité des présentes déclarations est de 120 jours ; si la date de prise d'effet des garanties doit intervenir ultérieurement, CARDIF Assurance Vie pourra demander le renouvellement des formalités d'admission.

Je reconnais l'exactitude des renseignements donnés. Mon attention a été attirée sur le fait que l'assurance serait nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle (Art. L113-8 du Code des assurances). Conformément aux dispositions de l'article 16 de la Notice, les informations recueillies sont obligatoires pour réaliser l'opération d'assurance puis l'exécuter et seront utilisées pour la gestion interne de CARDIF Assurance Vie, ses mandataires, courtiers et réassureurs. Elles pourront être communiquées à des prestataires pour l'exécution de travaux effectués pour le compte de CARDIF Assurance Vie. L'Assuré peut exercer son droit d'accès et de rectification en s'adressant à CARDIF Assurance Vie Service Relations Clientèle - Gestion Prévoyance - 4 rue des Frères Caudron 92858 Rueil-Malmaison Cedex.

A _____, Le _____ 20____

Signature de la personne à assurer

Empty box for signature of the person to be insured.

Pour attestation de l'exacte transcription de l'anamnèse,
Signature et cachet du médecin examinateur

Empty box for signature and stamp of the examining doctor.



II - EXAMEN MÉDICAL

LE MÉDECIN EST PRIÉ DE RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS ET DE COMMENTER LES ÉVENTUELS ÉTATS PATHOLOGIQUES OU ANORMAUX

	NON	OUI	
9 Avez-vous déjà soigné la personne à assurer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	quand ? _____ pourquoi ? _____
10 CONSTITUTION Taille Poids Périmètre du thorax Circonférence de l'abdomen			_____ cm (résultat de la mensuration) _____ kg (résultat de la pesée) _____ cm en inspiration _____ cm en expiration _____ cm
11 GÉNÉRALITÉS Existe-t-il des anomalies congénitales et de la croissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquelles ? _____ _____
Y a-t-il des difformités ou des malformations (thorax, colonne vertébrale, membres, autres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquelles ? _____ _____
12 HABITUDES Les occupations ou les habitudes de la personne à assurer peuvent-elles nuire à sa santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquelles ? _____ _____
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 Votre examen met-il en évidence une anomalie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle ? _____
Taux de cholestérol			Total _____ g/l HDL _____ g/l
Le patient est-il ou a-t-il été traité pour hypercholestérolémie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14 PSYCHIATRIE Y a-t-il des troubles du comportement ou des signes pouvant évoquer une affection psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquels ? _____ _____
15 SYSTÈME NERVEUX ET MUSCLES Constatez-vous une symptomatologie évocatrice d'une atteinte du système nerveux ou d'une myopathie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle ? _____ _____
16 ORGANES DES SENS Y a-t-il une affection de l'appareil auditif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle ? _____ D. <input type="checkbox"/> G. <input type="checkbox"/>
Y a-t-il une baisse de l'acuité auditive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	degré ? _____ D. : _____ G. : _____
Y a-t-il une affection des yeux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle ? _____
Nécessite-t-elle une correction ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	acuité avant correction ? OD _____ OG _____ acuité après correction ? OD _____ avec _____ dioptries OG _____ avec _____ dioptries
La langue, le pharynx et les amygdales ont-ils un aspect pathologique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lequel ? _____ _____
17 APPAREIL CARDIOVASCULAIRE Y a-t-il des troubles du rythme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquels ? _____ _____ intensité ? _____
Les bruits du coeur sont-ils anormaux (dédoublément, roulement, autres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	systolique <input type="checkbox"/> où ? _____ intensité ? _____ diastolique <input type="checkbox"/> où ? _____ intensité ? _____
Entendez-vous un souffle cardiaque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	diagnostic ? _____ siège ? _____ droit <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/>
Le souffle est-il organique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cause ? _____ importance ? _____
Existe-t-il une anomalie du pouls radial, carotidien, fémoral, tibial, postérieur ou pédieux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquels ? _____ importance ? _____ _____
Troubles du système veineux, oedème, troubles trophiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TENSION ARTÉRIELLE Est-elle ou a-t-elle été traitée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	systolique _____ diastolique _____ Si oui, depuis quand ? _____ _____ /mn
Fréquence du pouls :			Résultat ? _____
- Si fréquence inférieure à 60, veuillez effectuer une prise du pouls à l'effort.			
- 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.			
Contrôle éventuel :			systolique _____ diastolique _____ pulsations _____ /mn



NON**OUI****Commentaires****18 APPAREIL RESPIRATOIRE**

Votre examen met-il en évidence une anomalie ?

Un examen radiologique a-t-il mis en évidence une anomalie ?

Si oui, laquelle ? _____

Si oui, laquelle ? _____

19 APPAREIL DIGESTIF

La palpation de l'abdomen décèle-t-elle une anomalie ?

Le foie est-il agrandi ?

La rate est-elle agrandie ?

Y a-t-il une hernie, une éventration ?

laquelle ? _____

de combien de cm ? _____ consistance ? _____

palpable sur _____ cm cause ? _____

siège ? _____ bilatérale ? non oui

20 APPAREIL UROGENITAL

Examen de l'urine : albumine

(bandelette si ECBU non nécessaire) sucre

sang

pus

autres substances anormales _____

dosage éventuel _____ g/l _____

dosage éventuel _____ g/l _____

Y a-t-il des indices d'une affection des organes génitaux ou des seins ?

Un toucher rectal a-t-il été effectué ?

laquelle ? _____

A-t-il mis en évidence des anomalies ? non oui

si oui, lesquelles ? _____

21 PEAU

Y a-t-il une affection cutanée ou des phanères ?

laquelle ? _____

22 GANGLIONS LYMPHATIQUES

Y a-t-il une augmentation de volume des ganglions lymphatiques ?

siège ? _____ origine ? _____

23 OS, ARTICULATIONS ET TISSU CONJONCTIF

Votre examen met-il en évidence une anomalie des os, articulations et du tissu conjonctif ?

laquelle ? _____

24 CONCLUSION

Estimez-vous que le pronostic vital de cette personne est altéré ?

Faites-vous des réserves sur les risques d'invalidité totale ou partielle ou d'incapacité de travail ?

Remarques spéciales et suggestions :

Important

CARDIF Assurance Vie invite le médecin à s'abstenir, à l'égard de la personne à assurer ou de l'intermédiaire en assurance, de toute remarque qui pourrait faire préjuger de la décision de l'Assureur.

La validité des présentes déclarations est de 120 jours ; si la date de prise d'effet des garanties doit intervenir ultérieurement, CARDIF Assurance Vie pourra demander le renouvellement des formalités d'admission.

A _____, Le _____ 20__

Signature du médecin examinateur**Cachet du médecin examinateur**

**QUELLES QUE SOIENT LES RÉPONSES DONNÉES DANS CE QUESTIONNAIRE,
VOUS ÊTES INVITÉ À LE TRANSMETTRE SOUS ENVELOPPE CONFIDENTIELLE CI-JOINTE
À L'ATTENTION DU MÉDECIN CONSEIL DE CARDIF.**

4, rue des Frères Caudron / 92858 Rueil-Malmaison Cedex

UFEP - Association régie par la loi du 1^{er} Juillet 1901 - Siège social : 29, rue La Pérouse - 75116 Paris
 CARDIF Assurance Vie - Entreprise régie par le Code des assurances - S.A. au capital de 490 824 112 € - 732 028 154 RCS Paris
 Siège social : 5, avenue Kléber - 75798 Paris Cedex 16
 Bureaux : 4, rue des Frères Caudron - 92858 Rueil-Malmaison Cedex
 Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61, rue Taitbout - 75009 Paris

