

Réalisez jusqu'à 50 % d'économies sur l'assurance de votre prêt !



C : COURTAGE

Votre spécialiste en assurance de prêt

4 Répondre par Oui ou par Non Si oui, veuillez donner toute précision (motif, date, résultat, etc...)

<p>a) Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? <input type="checkbox"/></p> <p>b) Avez-vous subi un traitement par substances radioactives ou une chimiothérapie ou une transfusion sanguine ? <input type="checkbox"/></p> <p>c) Avez-vous été accidenté ? <input type="checkbox"/> En cas de traumatisme crânien, indiquer s'il y a eu coma ou perte de connaissance et sa durée.</p> <p>S'il a été répondu par OUI à l'une des questions 3 et 4, de quelle maladie ou opération, de quel accident s'agit-il ? _____</p>		<p>Quand/durée/date de guérison/séquelles/commentaires _____ _____</p>
--	--	--

<p>5 Pour les personnes de sexe féminin :</p> <p>a) Grossesses antérieures ? <input type="checkbox"/></p> <p>b) Etes-vous enceinte ? <input type="checkbox"/></p> <p>c) Prenez-vous des anticonceptionnels? <input type="checkbox"/></p>		<p>Combien ? _____ Complications éventuelles : _____</p> <p>De combien de mois ? _____ Complications éventuelles : _____</p>
---	--	--

<p>6 a) Suivez-vous un traitement ? <input type="checkbox"/></p> <p>b) Recevez-vous des soins médicaux ? <input type="checkbox"/></p> <p>c) Avez-vous été, au cours des 5 dernières années traité pendant + de 3 semaines ? <input type="checkbox"/></p> <p>d) Avez-vous consulté un médecin au cours des 12 derniers mois ? <input type="checkbox"/></p> <p>e) Devez-vous être hospitalisé prochainement ou subir une intervention chirurgicale ? <input type="checkbox"/></p>		<p>Lequel ? _____ Pourquoi ? _____</p> <p>Lesquels ? _____ Pourquoi ? _____</p> <p>Quand ? _____ Pourquoi ? _____</p> <p>Quand ? _____ Pourquoi ? _____</p> <p>Quand ? _____ Motif : _____</p>
--	--	--

<p>7 a) Vous a-t-on fait au cours des 5 dernières années :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un électrocardiogramme ? <input type="checkbox"/> - une radiographie du thorax ? <input type="checkbox"/> - une analyse du sang ? <input type="checkbox"/> - une analyse des urines ? <input type="checkbox"/> - un test du sida ? <input type="checkbox"/> <p>b) Avez-vous été soumis à d'autres investigations (par exemple électroencéphalogramme, scanner, scintigraphie, artériographie) ? <input type="checkbox"/></p>		<p>Quand ? _____ Résultat : _____</p> <p>Quand ? _____ Résultat : _____</p> <p>Quand ? _____ Résultat : _____</p> <p>Quand ? _____ Résultat : _____</p> <p>Quand ? _____ Résultat : _____</p> <p>Quand ? _____ Résultat : _____</p> <p>Quand ? _____ Lesquelles ? _____ Résultat : _____</p>
--	--	--

<p>8 a) Vous trouvez-vous en état d'incapacité de travail ? <input type="checkbox"/></p> <p>b) Avez-vous été, durant les 5 dernières années, incapable de travailler pendant + de 3 semaines ? <input type="checkbox"/></p> <p>Avez-vous autre chose à déclarer concernant votre état de santé ? <input type="checkbox"/></p> <p>Quel est votre médecin habituel (adresse) : _____</p>		<p><input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> depuis : _____</p> <p>Pourquoi ? _____</p> <p>Quand ? _____ Pourquoi ? _____</p> <p>Durée : _____</p> <p>_____ _____ _____</p>
---	--	---

Je certifie avoir répondu sincèrement aux questions précitées et n'avoir rien dissimulé. J'autorise les médecins et les autres personnes interrogées par la Société à donner confidentiellement à son Service Médical les renseignements demandés en relation avec le contrat d'assurance.

Fait à : _____
le : _____

Signature de la personne à assurer

Pour attestation de l'exacte transcription de l'anamnèse,
le Médecin Examineur



Examen médical

Le médecin est prié de répondre à toutes les questions et de commenter les éventuelles anomalies constatées.

9 Répondre par Oui ou par Non Si oui, veuillez donner toute précision (motif, date, résultat, etc...)		
Avez-vous déjà soigné la personne à assurer ?	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Pourquoi ? _____
10 CONSTITUTION		
a) Taille		_____ cm (résultat de la mensuration)
b) Poids		_____ Kg (résultat de la pesée)
c) Périmètre du thorax		_____ cm en inspiration _____ cm en expiration
d) Circonférence de l'abdomen		_____ cm
11 GÉNÉRALITÉS		
a) Existe-t-il des anomalies congénitales et de la croissance ?	<input type="checkbox"/>	Lesquelles ? _____
b) Y a-t-il des difformités ou des malformations (thorax, colonne vertébrale, membres, etc...) ?	<input type="checkbox"/>	Lesquelles ? _____
12 HABITUDES		
a) Les occupations ou les habitudes de la personne à assurer peuvent-elles nuire à sa santé ?	<input type="checkbox"/>	Lesquelles ? _____
b) 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"/>	Lesquels ? _____
13 SYSTÈME ENDOCRINIEN ET MÉTABOLISME		
Votre examen met-il en évidence une anomalie ?	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? _____
14 PSYCHIATRIE		
Y a-t-il des troubles du comportement ou des signes pouvant évoquer une affection psychiatrique ?	<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"/>	Laquelle ? _____
16 ORGANES SENSITIFS		
a) Y a-t-il une affection de l'appareil auditif ?	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? _____ <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
Y a-t-il une baisse de l'acuité auditive ?	<input type="checkbox"/>	Degré ? _____ <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
b) Y a-t-il une affection des yeux ?	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? _____
Nécessite-t-elle une correction ?	<input type="checkbox"/>	Avant correction : OD _____ OG _____ Après correction : OD _____ avec _____ dioptries OG _____ avec _____ dioptries
17 APPAREIL CARDIOVASCULAIRE		
a) L'aire cardiaque est-elle agrandie ?	<input type="checkbox"/>	Importance : _____
b) Troubles du rythme ?	<input type="checkbox"/>	Lesquels : _____
c) Les bruits du coeur sont-ils <u>anormaux</u> ? (dédoublément, roulement, etc...)	<input type="checkbox"/>	_____ intensité : _____
d) Entendez-vous un souffle cardiaque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Systolique où ? _____ intensité : _____ <input type="checkbox"/> Diastolique où ? _____ intensité : _____
Comment se propage-t-il ? Irradiation ?		_____
e) Le souffle est-il organique ?	<input type="checkbox"/>	Diagnostic : _____
f) Existe-t-il une anomalie du pouls radial, carotidien, fémoral, tibial postérieur ou pédieux ?	<input type="checkbox"/>	Siège : _____ <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche Cause : _____ importance : _____
g) Troubles du système veineux, oedème	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? _____ importance : _____

TENSION ARTÉRIELLE : Systolique : _____ Diastolique : _____ Non traitée Traitée
 Fréquence du pouls : _____ Pulsations par minute : _____
 - 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.
 Contrôle éventuel : Systolique : _____ Diastolique : _____ Pulsations par minute : _____

18 Répondre par Oui ou par Non Si oui, veuillez donner toute précision (motif, date, résultat, etc...)

18 APPAREIL RESPIRATOIRE

a) Votre examen met-il en évidence une anomalie ? Laquelle ? _____

b) Examen radiologique ? Résultat ? _____

19 APPAREIL DIGESTIF

a) La langue, le pharynx et les amygdales ont-ils un aspect pathologique ? Lequel ? _____

b) La palpation de l'abdomen décèle-t-elle un état pathologique ? Lequel _____

c) Le foie est-il agrandi ? De combien de cm ? _____ Consistance : _____

d) La rate est-elle agrandie ? Palpable sur : _____ cm Cause : _____

e) Y a-t-il une hernie, une éventration ? Siège : _____ Bilatérale : Non Oui

20 APPAREIL UROGÉNITAL

a) Examen de l'urine : (L'urine doit être émise chez le médecin)	albumine <input type="checkbox"/>	Dosage éventuel : _____ g/l	Autres substances anormales _____ _____ _____
	sucres <input type="checkbox"/>	Dosage éventuel : _____ g/l	
	sang <input type="checkbox"/>	_____	
	Pus <input type="checkbox"/>	_____	
b) Y a-t-il des indices d'une affection des organes génitaux ou des seins ?	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? _____	

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 un état pathologique ? Lequel ? _____

24 CONCLUSION

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

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

c) Remarques spéciales et suggestions : _____

Important : La Société invite le médecin à s'abstenir, à l'égard de la personne à assurer ou du courtier d'assurance, de toute remarque qui pourrait faire préjuger de la décision de l'assureur.

Fait à : _____

le : _____

le Médecin Examineur, Cachet et signature.