

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



C : COURTAGE

Votre spécialiste en assurance de prêt

RAPPORT MÉDICAL



Partie réservée à l'intermédiaire commercial - A remplir obligatoirement avant la visite médicale du client

VIE COLLECTIVES GMPA SANTÉ OUTRE-MER

Intermédiaire commercial : Identification réseau : _____ N° Code : _____

Catégorie (Nom) du contrat : _____ N° de la proposition (ou n° de contrat) : _____

Cocher la destination Vie, Collectives ou Santé sur la partie note d'honoraires du médecin.

D É C L A R A T I O N D E L A P E R S O N N E A A S S U R E R

1. a) **M., Mme, Mlle, Nom** : _____ Prénom : _____
 b) Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____
 c) Domicile : _____ Situation de famille : marié(e) célibataire divorcé(e) veuf(ve)
 d) Profession : actuelle _____ antérieure _____
 e) **CONTRÔLE D'IDENTITÉ** : nature et numéro de la pièce d'identité : _____

2. Taille : _____ Poids : _____ Tension artérielle habituelle : _____
 Acuité visuelle (avant correction / après correction) Oeil droit : _____ Oeil gauche : _____
 de combien ? _____ raisons : _____
- | | | | |
|---|--------------------------|------------|--|
| | NON | OUI | |
| a) Votre poids a-t-il varié de plus de 5 kg durant les douze derniers mois ? (veuillez indiquer si c'est en moins ou en plus) | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> |
| b) Consommez-vous des boissons alcoolisées ? Quantité par jour ? | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> |
| | | | vin <input type="checkbox"/> cl bière <input type="checkbox"/> cl apéritif <input type="checkbox"/> cl alcool <input type="checkbox"/> cl |
| c) Fumez-vous ? Combien par jour ? | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> |
| | | | cigarettes <input type="checkbox"/> cigares <input type="checkbox"/> pipes <input type="checkbox"/> |
| d) Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants (drogues) ? | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> |
| | | | lesquels ? _____ jusqu'à quand ? _____ |

3. **Parenté**

	Age si vivant	Age au décès	Etat de santé ou cause et date du décès
- père			
- mère			
- frères et soeurs			
- conjoint			

Y a-t-il eu dans votre famille des cas :

- a) • de maladies héréditaires ? **a** lesquelles et lien de parenté ? _____
 b) • de maladies cardio-vasculaires ? **b** lien de parenté ? _____
 c) • de diabète ? **c** lien de parenté ? _____

4. a) Vous trouvez-vous en état d'incapacité de travail ? **a** totale partielle depuis _____
 pourquoi ? _____
 b) Avez-vous été, durant ces 5 dernières années, incapable de travailler pendant plus de 3 semaines consécutives ? **b** pourquoi ? _____
 durée : _____

5. **Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des symptômes suivants ?**
- | | NON | OUI |
|---|--------------------------|-----------------------------------|
| 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"/> | a <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"/> | b <input type="checkbox"/> |
| c) Anémie, anomalie de la coagulation, de la moelle osseuse, leucémie ou toute autre maladie du sang ? | <input type="checkbox"/> | c <input type="checkbox"/> |
| d) Dépression, anxiété, tentative de suicide, surmenage, stress, névrose, psychose, tétanie, spasmodie ou toute autre atteinte psychiatrique ? | <input type="checkbox"/> | d <input type="checkbox"/> |
| e) Paralysie, épilepsie, sclérose en plaques, myopathie, maladie de Parkinson, démence ou toute autre maladie du système nerveux ou des muscles ? | <input type="checkbox"/> | e <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"/> | f <input type="checkbox"/> |
| g) Malformation ou souffle cardiaque, oedème, 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"/> | g <input type="checkbox"/> |
| h) Bronchite chronique, asthme, emphyseme, tuberculose ou toute autre maladie de l'appareil respiratoire ou des poumons ? | <input type="checkbox"/> | h <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"/> | i <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"/> | j <input type="checkbox"/> |
| k) Psoriasis, kyste, eczéma, naevus ou toute autre maladie de la peau ? | <input type="checkbox"/> | k <input type="checkbox"/> |
| l) Hernie discale, sciatique, lumbago, douleurs dorsales, douleurs cervicales, arthrose, ostéoporose, tassements, rhumatismes inflammatoires, vascularite ou toute autre maladie des os et des articulations ? | <input type="checkbox"/> | l <input type="checkbox"/> |
| m) Cancer, tumeur ou toute autre affection maligne ? | <input type="checkbox"/> | m <input type="checkbox"/> |
| n) Présentez-vous une malformation congénitale ou toute autre maladie ou infirmité non citée plus haut ? | <input type="checkbox"/> | n <input type="checkbox"/> |

S'il a été répondu OUI à l'une ou plusieurs de ces 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).

		NON	OUI	Date	Pourquoi ?
6. Avez-vous déjà été soigné(e) :					
a)	en service de médecine ?	<input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/>	_____	_____
b)	en service de chirurgie ?	<input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	_____	_____
c)	en service de cardiologie ?	<input type="checkbox"/>	c <input type="checkbox"/>	_____	_____
d)	en service de pneumologie ?	<input type="checkbox"/>	d <input type="checkbox"/>	_____	_____
e)	en service de neurologie ?	<input type="checkbox"/>	e <input type="checkbox"/>	_____	_____
f)	en service de psychiatrie ?	<input type="checkbox"/>	f <input type="checkbox"/>	_____	_____
g)	en service de rhumatologie ?	<input type="checkbox"/>	g <input type="checkbox"/>	_____	_____
h)	en service de cancérologie ?	<input type="checkbox"/>	h <input type="checkbox"/>	_____	_____
i)	en service de néphrologie ?	<input type="checkbox"/>	i <input type="checkbox"/>	_____	_____
		NON	OUI	Quand ? Pour quel type d'affection ?	
j)	Avez-vous subi un traitement par substances radioactives ou une chimiothérapie ?	<input type="checkbox"/>	j <input type="checkbox"/>	_____	
k)	Avez-vous reçu une ou plusieurs transfusions sanguines ?	<input type="checkbox"/>	k <input type="checkbox"/>	_____	
l)	Avez-vous été accidenté(e) ? En cas de traumatisme crânien, indiquer s'il y a eu coma ou perte de connaissance et sa durée :	<input type="checkbox"/>	l <input type="checkbox"/>	_____	
7.					
a)	Avez-vous été réformé ou exempté du service militaire ?	<input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/>	Si oui, quand ? _____ pourquoi ? _____	
b)	Etes-vous exonéré(e) du ticket modérateur (100 % Sécurité Sociale) ou bénéficiez-vous d'une prise en charge en ALD par votre régime obligatoire maladie ?	<input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	Si oui, depuis quand ? _____ Pourquoi ? _____	
c)	Etes-vous bénéficiaire d'une pension d'invalidité ? Civile <input type="checkbox"/> Militaire <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c <input type="checkbox"/>	Motif : _____ Taux : _____ depuis quand ? _____	
8.					
a)	Suivez-vous un traitement prescrit médicalement ou recevez-vous des soins prescrits médicalement ?	<input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/>	Lequel ? (nom des médicaments) _____ Pourquoi ? _____	
b)	Au cours des 5 dernières années, avez-vous suivi un traitement prescrit médicalement ou avez-vous reçu des soins prescrits médicalement pendant plus de 3 semaines consécutives ?	<input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	Quand ? _____ pourquoi ? _____ Lequel ? _____	
c)	Avez-vous consulté un médecin au cours des 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	c <input type="checkbox"/>	Quand ? _____ pourquoi ? _____	
d)	Devez-vous être hospitalisé ou subir une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/>	d <input type="checkbox"/>	Quand ? _____ motif ? _____	
9.					
a)	Vous a-t-on déjà fait au cours des 5 dernières années :				
	• un électrocardiogramme ?	<input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/>	Quand ? _____ résultat ? _____	
	• une radiographie du thorax ?	<input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/>	Quand ? _____ résultat ? _____	
	• une analyse de sang ?	<input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/>	Quand ? _____ résultat ? _____	
	• une analyse des urines ?	<input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/>	Quand ? _____ résultat ? _____	
b)	- Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité aux virus de l'hépatite ou à l'un des virus de l'immuno-déficience humaine ? - Avez-vous eu ou avez-vous une infection, conséquence d'une immuno-déficience acquise ?	<input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	Si oui, date et résultat : _____	
c)	Avez-vous été soumis à d'autres investigations (électroencéphalogramme, radiographie, scanner, scintigraphie, artériographie, doppler) ?	<input type="checkbox"/>	c <input type="checkbox"/>	Laquelle ? _____ Quand ? _____ lesquelles ? _____ Lesquelles ? _____ Date et résultats ? _____	
10. Des propositions d'assurances reposant sur votre tête ont-elles été :					
a)	refusées ?	<input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/>	Quand ? _____ motif ? _____	
b)	ajournées ?	<input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	Quand ? _____ motif ? _____	
c)	acceptées avec surprimes ?	<input type="checkbox"/>	c <input type="checkbox"/>	Quand ? _____ motif ? _____	
d)	Avez-vous autre chose à déclarer concernant votre état de santé ?	<input type="checkbox"/>	d <input type="checkbox"/>	_____	
11. Pour les femmes :					
a)	Etes-vous actuellement enceinte ?	<input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/>	Si oui, de combien de mois ? _____ complications éventuelles : _____	
b)	Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une affection gynécologique ou des glandes mammaires ?	<input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	_____	
c)	Vos précédentes grossesses et vos accouchements présentaient-ils des anomalies (grossesse pathologique ou à risque) ?	<input type="checkbox"/>	c <input type="checkbox"/>	Si oui, date et motif : _____	
d)	Avez-vous suivi ou suivez-vous un traitement contre la stérilité ?	<input type="checkbox"/>	d <input type="checkbox"/>	Lequel et à quelle date ? _____	

Les résultats d'examen dont vous disposez doivent être adressés, avec le présent questionnaire, dans l'enveloppe cachetée qui vous a été remise, à l'attention du Service Médical des AGF. (En cas d'intervention chirurgicale, fournir les comptes rendus opératoires et histologiques).

Je certifie que les réponses consignées ci-dessus sont complètes et sincères et que je n'ai rien dissimulé. Conformément à l'article L 113.8 du Code des Assurances, toute fausse déclaration intentionnelle de ma part entraînerait la nullité de l'assurance.

A _____ le _____

Signature de la personne à assurer
précédée de la mention manuscrite "LU ET APPROUVÉ"

8. Appareil cardiovasculaire (suite)

- a) L'aire cardiaque est-elle agrandie ?
b) Troubles du rythme ?
c) Les bruits du coeur sont-ils pathologiques ?
d) Entendez-vous un souffle cardiaque ?

NON

OUI

Importance _____
Lesquels _____
Systolique où ? _____ Intensité _____
Diastolique où ? _____ Intensité _____
Diagnostic _____
Siège _____
Droit Gauche
Cause _____ Importance _____
Lesquels ? _____
Importance _____

Comment se propage-t-il ?

Irradiation ?

Le souffle est-il organique ?

- e) Existe-t-il une anomalie du pouls radial, carotidien, fémoral, tibial postérieur ou pédieux ?

- f) Troubles du système veineux, oedème, troubles trophiques ?

9. Appareil respiratoire

- a) Votre examen met-il en évidence une anomalie ?
b) Examen radiologique ?

Le proposant a-t-il déclaré de l'asthme ou une autre atteinte respiratoire ?

Renseignements nécessaires : date d'apparition, fréquence des crises et date de la dernière crise, degré de difficultés respiratoires, type de traitement et suivi médical.

Veuillez joindre la copie des dernières EFR effectuées.

Laquelle ? _____
Résultat _____

10. Appareil digestif

- a) La langue, le pharynx et les amygdales ont-ils un aspect pathologique ?
b) La palpation de l'abdomen décèle-t-elle un état pathologique ?
c) Le foie est-il agrandi ?
d) La rate est-elle agrandie ?
e) Y a-t-il une hernie, une événtration ?

Lequel ? _____
Lequel ? _____
De combien de cm _____ consistance _____
Palpable sur _____ cm cause _____
Siège _____ bilatérale : non oui

11. Appareil urogénital

Examen de l'urine

(l'urine doit être émise chez le médecin)

- a) Albumine
b) Sucre
c) Sang
d) Autres substances anormales

- e) Y a-t-il des indices d'une affection des organes génitaux ?
f) Y a-t-il des indices d'une affection des seins ?

Dosage éventuel : _____ g/l _____
Dosage éventuel : _____ g/l _____
Lesquelles ? _____
Laquelle ? _____
Laquelle ? _____

12. Peau

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

Laquelle ? _____

13. Ganglions lymphatiques

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

Siège : _____ origine : _____

14. Os, articulations et tissu conjonctif

Votre examen met-il en évidence un état pathologique, notamment raideur, douleur, contractures ?

Lequel ? _____

15. Autres observations

A _____ le _____

Cachet et signature du médecin examinateur

→ Prière de laisser cette note jointe au rapport ←

VIE

COLLECTIVES

GMMA

SANTÉ

OUTRE-MER

NOM et ADRESSE DU MÉDECIN :
(Cachet professionnel SVP)

NOM et PRÉNOM DE L'ASSURÉ :

VISITE MÉDICALE du :

Date

Signature du Médecin

MONTANT des HONORAIRES

..... EUR

Cadre réservé à l'Assureur

N° du contrat	Code Médecin
N° d'adhésion (affiliation ou souscription)	Code IC ou Agence
Banque contractante : Code	Nature FG : 2260 Code section
(Assurance Emprunteurs)	Date chèque
	N° chèque
	N° d'enregistrement AGF

Les honoraires du Médecin sont réglés par les AGF

ATTENTION

Répondre à toutes les questions des 4 pages

NE PAS OUBLIER

La signature
de la personne à assurer

La signature
du Médecin examinateur

