



EXAMEN MÉDICAL

Le médecin est prié de répondre à toutes les questions, de commenter les éventuelles anomalies constatées, et de signer le présent examen.
REMARQUE : le médecin examinateur est prié de vérifier l'identité du proposant.

NOM et Prénom de la personne à assurer _____
Pièce d'identité N° _____

	NON	OUI	Si OUI, merci de préciser impérativement :
18 Avez-vous déjà soigné la personne à assurer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	quand ? _____ pour quelles pathologies ? _____

19 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

20 GÉNÉRALITÉS

a) Existe-t-il des anomalies congénitales et de croissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquelles ? _____
b) Y a-t-il des difformités ou des malformations (thorax, colonne vertébrale, membres, etc...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquelles ? _____

21 HABITUDES

a) Les occupations ou les habitudes de la personne à assurer peuvent-elles nuire à sa santé ?	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	lesquels ? _____

22 SYSTÈME ENDOCRINIEN ET MÉTABOLISME

Votre examen met-il en évidence une anomalie ? NON OUI laquelle ? _____

23 PSYCHIATRIE

Y a-t-il des troubles du comportement ou des signes pouvant évoquer une affection psychiatrique ? NON OUI lesquels ? _____

24 SYSTÈME NERVEUX ET MUSCLES

Constatez-vous une symptomatologie évocatrice d'une atteinte du système nerveux ou d'une myopathie ? NON OUI laquelle ? _____

25 ORGANES SENSITIFS

a) Y a-t-il une affection de l'appareil auditif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle ? _____ D. : _____ G. : _____
Y a-t-il une baisse de l'acuité auditive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	degré : _____ D. : _____ G. : _____
b) 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"/>	avant correction: OD _____ OG _____ après correction: OD _____ avec _____ dioptries OG _____ avec _____ dioptries

26 APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE

a) L'aire cardiaque est-elle agrandie (à l'examen) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	importance ? _____
b) Troubles du rythme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquels ? _____
c) Constatez-vous une anomalie des bruits du coeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle ? _____
d) Entendez-vous un souffle cardiaque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> systolique <input type="checkbox"/> diastolique intensité : _____ où ? _____ comment se propage-t-il ? _____ irradiation ? _____ le souffle est-il organique ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non diagnostic : _____
e) Existe-t-il une anomalie du pouls radial, carotidien, fémoral, tibial postérieur ou pédieux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	siège : _____ <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche cause : _____ importance : _____
f) Troubles du système veineux, oedème, troubles trophiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquels ? _____ importance : _____



EM - Page 2/2 Nom et prénom de la personne à assurer : _____

NON OUI Si OUI, merci de préciser impérativement :

27 TENSION ARTÉRIELLE :

Est-elle traitée ? NON OUI

- Si les chiffres tensionnels sont supérieurs à 13,7/8,7, veuillez effectuer un contrôle en fin d'examen après repos.

Contrôle éventuel : systolique [][][] diastolique [][][]

systolique [][][] diastolique [][][]

systolique [][][] diastolique [][][]

28 POULS

Fréquence du pouls : [][][] /mn

- Si fréquence inférieure à 60 ou supérieure à 90, veuillez effectuer un contrôle en fin d'examen. Résultat : [][][]

29 APPAREIL RESPIRATOIRE

a) Votre examen met-il en évidence une anomalie ? NON OUI laquelle ? _____

b) Examen radiologique (déjà réalisé) ? NON OUI date : _____ résultat ? _____

30 APPAREIL DIGESTIF

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

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

c) Le foie est-il agrandi ? NON OUI de combien de cm ? _____ consistance _____

d) La rate est-elle agrandie ? NON OUI palpable sur _____ cm cause : _____

e) Y a-t-il une hernie, une éventration ? NON OUI siège : _____ bilatérale : non oui

31 APPAREIL UROGÉNITAL

a) Y a-t-il des indices d'une affection des organes génitaux ou des seins ? NON OUI lesquels ? _____

b) Examen de l'urine (obligatoire) albumine NON OUI dosage éventuel : _____ g/l autres substances anormales _____

(l'urine doit être émise chez le médecin) sucre NON OUI dosage éventuel : _____ g/l _____

sang NON OUI _____

pus NON OUI _____

32 PEAU

Y a-t-il une affection cutanée ou des phanères ? NON OUI laquelle ? _____

33 GANGLIONS LYMPHATIQUES

Y a-t-il une augmentation du volume des ganglions lymphatiques ? NON OUI siège ? _____ origine : _____

34 OS, ARTICULATIONS ET TISSU CONJONCTIF

Votre examen met-il en évidence un état pathologique ? NON OUI lequel ? _____

35 CONCLUSION

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

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

c) Remarques spéciales et suggestions : NON OUI _____

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

Fait à _____, Le [][] [][] 20 [][] [][]

Signature du médecin-examineur : _____

Cachet du médecin-examineur

Veuillez SVP adresser directement ce rapport et la note de vos honoraires * (à concurrence du plafond de la Compagnie), accompagnés impérativement de la proposition d'assurance complétée et signée par l'assuré, sous pli confidentiel au :

SERVICE MEDICAL - AIG VIE - Tour A.I.G. - TSA 22 222 - 92919 PARIS LA DEFENSE CEDEX

* Les honoraires ne seront remboursés qu'à réception des documents précités.