

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



C : COURTAGE

Votre spécialiste en assurance de prêt



RAPPORT MÉDICAL



5 8 1 6 8

N° de proposition

Réf. : PAREO GC-RM

IMPORTANT : l'Assureur invite le Médecin à s'abstenir, à l'égard de la personne à assurer, de toute remarque qui pourrait faire préjuger de la décision de l'Assureur.

NOM : Prénom : Date de naissance :

Rapport médical de Monsieur le Docteur :
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.

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 ? _____ But ? _____	
2. HABITUDES DE VIE		
2.1 Consommez-vous des boissons alcoolisées ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Vin _____ cl <input type="radio"/> Bière _____ cl <input type="radio"/> Apéritif _____ cl <input type="radio"/> Alcool _____ cl
Quantité par jour ?		
2.2 Fumez-vous ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Cigarettes _____ <input type="radio"/> Cigares _____ <input type="radio"/> Pipes _____
Combien par jour ?		
2.3 Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants (drogues) ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Lesquels ? _____ Jusqu'à quand ? _____
2.4 Sports pratiqués régulièrement	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Lesquels ? _____
2.5 Votre poids a-t-il diminué au cours de la dernière année ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	_____ kg Cause _____ Intentionnellement ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
3. PASSÉ PATHOLOGIQUE		
3.1 Avez-vous ou avez-vous eu une affection ou un symptôme suggérant :		
a) une maladie infectieuse, parasitaire ou sexuellement transmissible (sida ou syndrome apparenté) ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
b) une atteinte du système endocrinien ou du métabolisme ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
c) une maladie du sang ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
d) une atteinte psychiatrique ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
e) une maladie du système nerveux ou des muscles ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
f) une maladie de l'oreille, du nez, de la gorge ou de l'œil ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
g) une maladie de l'appareil cardiovasculaire ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
h) une maladie de l'appareil respiratoire ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
i) une maladie de l'appareil digestif ou une atteinte de l'abdomen ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
j) une maladie de l'appareil urogénital ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
k) une maladie de la peau ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
l) une maladie des os ou des articulations ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
m) une autre maladie ou infirmité ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
3.2 Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
3.3 Avez-vous subi un traitement par substances radioactives, une chimiothérapie ou une transfusion sanguine ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	



RAPPORT MÉDICAL (suite)

N° de proposition

Réf. : PAREO GC-RM

3. PASSÉ PATHOLOGIQUE (suite)		
3.4 Avez-vous été accidenté ? En cas de traumatisme crânien, indiquez s'il y a eu perte de connaissance et sa durée	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
3.5 Avez-vous séjourné dans un hôpital, une maison de santé, un sanatorium, une station thermale ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
S'il a été répondu OUI à l'une des questions du paragraphe 3 • Passé pathologique , de quelle maladie ou opération, de quel accident s'agit-il ? _____ Quand, durée, date de guérison, séquelles, commentaires _____		
4. Pour les personnes de sexe masculin		
4.1 Etes-vous bénéficiaire d'une rente d'invalidité ? <input type="radio"/> Civile <input type="radio"/> Militaire (joindre le titre de pension précisant le motif)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	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="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Quand ? _____ Pourquoi ? _____
5. Pour les personnes de sexe féminin		
5.1 Grossesses antérieures ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Combien ? _____ Complications éventuelles _____
5.2 Etes-vous enceinte ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	De combien de mois ? _____ Complications éventuelles _____
5.3 Prenez-vous des anticonceptionnels ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
6.1 Suivez-vous un traitement ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Lequel ? _____ Pourquoi ? _____
6.2 Recevez-vous des soins médicaux ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Lesquels ? _____ Pourquoi ? _____
6.3 Avez-vous été, au cours des 5 dernières années, traité pendant plus de 3 semaines ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Quand ? _____ Pourquoi ? _____
6.4 Avez-vous consulté un médecin au cours des 12 derniers mois ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Quand ? _____ Pourquoi ? _____
6.5 Devez-vous être hospitalisé prochainement ou subir une intervention chirurgicale ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Quand ? _____ Pourquoi ? _____
7.1 Vous a-t-on fait au cours des 5 dernières années : • un électrocardiogramme ? • une radiographie du thorax ? • une analyse de sang ? • un test de dépistage du sida ? • une analyse des urines ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	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="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Résultat ? _____ _____ _____
8.1 Vous trouvez-vous en état d'incapacité de travail ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Totale <input type="radio"/> Partielle 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="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Quand ? _____ Durée ? _____ Pourquoi ? _____
9.1 Avez-vous autre chose à déclarer concernant votre état de santé ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	_____ _____
9.2 Quel est votre médecin habituel (adresse) ?		_____

Je certifie avoir répondu sincèrement aux questions précitées et n'avoir rien dissimulé. J'autorise les médecins et autres personnes interrogés par l'assureur à donner confidentiellement à son Service médical les renseignements demandés en relation avec le contrat d'assurance. J'ai été informé que toute fausse déclaration intentionnelle ou omission entraînerait la nullité de mon contrat conformément à la loi.

Fait à _____, le _____

Signature de l'Assuré



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





RAPPORT MÉDICAL

N° de proposition

IMPORTANT : L'Assureur invite le Médecin à s'abstenir, à l'égard de la personne à assurer, de toute remarque qui pourrait faire préjuger de la décision de l'Assureur.

Réf. : PAREO GC-RM

NOM : Prénom : Date de naissance :

EXAMEN MÉDICAL DE LA PERSONNE A ASSURER

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

10.1 Vous êtes vous assuré de l'identité de la personne à assurer ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
10.2 L'avez-vous déjà soignée ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Quand ? _____ Pourquoi ? _____
11. CONSTITUTION / GÉNÉRALITÉS		
11.1 Taille		_____ cm (résultat de la mensuration)
11.2 Poids		_____ kg (résultat de la pesée)
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="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Lesquelles ? _____
11.6 Y a-t-il des difformités ou des malformations (thorax, colonne vertébrale, membres, etc) ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Lesquelles ? _____ _____
12. HABITUDES		
12.1 Les occupations ou les habitudes de la personne à assurer peuvent-elles nuire à sa santé ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Lesquelles ? _____ _____
12.2 Y a-t-il des signes suggérant une consommation d'alcool excessive, des indices d'abus d'alcool, de médicaments ou d'usage de stupéfiants ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Lesquels ? _____ _____ _____
13. SYSTÈME ENDOCRINIEN ET MÉTABOLISME PSYCHIATRIE / SYSTÈME NERVEUX ET MUSCLES		
13.1 Votre examen met-il en évidence une anomalie ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Laquelle ? _____
13.2 Y a-t-il des troubles du comportement ou des signes pouvant évoquer une affection psychiatrique ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Lesquels ? _____ _____
13.3 Constatez-vous une symptomatologie évocatrice d'une atteinte du système nerveux ou d'une myopathie ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Laquelle ? _____ _____
14. ORGANES SENSITIFS		
14.1 Y a-t-il une affection de l'appareil auditif ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Laquelle ? _____ <input type="radio"/> D <input type="radio"/> G
Y a-t-il une baisse de l'acuité auditive ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Degré ? _____ <input type="radio"/> D _____ <input type="radio"/> G _____
14.2 Y a-t-il une affection des yeux ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Laquelle ? _____
Nécessite-t-elle une correction ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Avant correction : OD _____ OG _____ Après correction : OD _____ avec _____ dioptries OG _____ avec _____ dioptries
15. APPAREIL CARDIOVASCULAIRE		
15.1 L'aire cardiaque est agrandie ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Importance ? _____
15.2 Troubles du rythme ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Lesquels ? _____
15.3 Les bruits du cœur sont-ils anormaux (dédoublé, roulement, etc) ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Intensité ? _____
15.4 Entendez-vous un souffle cardiaque ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Systolique OÙ _____ Intensité _____ <input type="radio"/> Diastolique OÙ _____ Intensité _____
Comment se propage-t-il ?		_____
Irradiation ?		_____
15.5 Le souffle est-il organique ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Diagnostic ? _____

Verso à compléter →



RAPPORT MÉDICAL (suite)

N° de proposition

Ref. : PAREO GC-RM

15. APPAREIL CARDIOVASCULAIRE (suite)		
15.6 Existe-t-il une anomalie du pouls radial, carotidien, fémoral, tibial, postérieur ou pédieux ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Siège ? _____ <input type="radio"/> Droit <input type="radio"/> Gauche Cause ? _____ Importance ? _____
15.7 Troubles du système veineux, œdème, troubles trophiques ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Lesquels ? _____ Importance ? _____
15.8 TENSION ARTÉRIELLE	Systolique _____ Diastolique _____ <input type="radio"/> Non traitée <input type="radio"/> Traité	
15.9 Fréquence du pouls	_____ /mm	
<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	Résultat _____	
15.10 Contrôle éventuel	Systolique _____ Diastolique _____ Pulsations _____ /mm	
16. APPAREIL RESPIRATOIRE		
16.1 Votre examen met-il en évidence une anomalie ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Laquelle ? _____
16.2 Examen radiologique ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Résultat ? _____
17. APPAREIL DIGESTIF		
17.1 La langue, le pharynx et les amygdales ont-ils un aspect pathologique ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Lequel ? _____
17.2 La palpation de l'abdomen décèle-t-elle un état pathologique ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Lequel ? _____
17.3 Le foie est-il agrandi ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	De combien de cm ? _____ Consistance _____
17.4 La rate est-elle agrandie ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Palpable sur _____ cm Cause _____
17.5 Y a-t-il une hernie, une éventration ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Siège _____ Bilatérale <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
18. APPAREIL UROGÉNITAL		
18.1 Examen de l'urine (l'urine doit être émise chez le médecin)	Albumine <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Sucre <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Sang <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Pus <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Dosage éventuel _____ gl/l Dosage éventuel _____ gl/l Autres substances anormales _____
18.2 Y a-t-il des indices d'une affection des organes génitaux ou des seins ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Laquelle ? _____
19. GANGLIONS LYMPHATIQUES		
19.1 Y a-t-il une augmentation de volume des ganglions lymphatiques ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Siège _____ Origine _____
20. OS, ARTICULATIONS ET TISSU CONJONCTIF / PEAU		
20.1 Votre examen met-il en évidence un état pathologique ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Lequel _____
20.2 Y a-t-il une affection cutanée ou des phanères ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Laquelle _____
21. CONCLUSION		
21.1 Estimez-vous que le pronostic vital de cette personne est altéré ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	_____
21.2 Faites-vous des réserves sur les risques d'invalidité totale ou partielle ou d'incapacité de travail ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	_____
21.3 Remarques spéciales et suggestions	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	_____

NOTE D'HONORAIRES
 Honoraires dus à M. le Docteur _____
 Adresse _____
 _____ Préciser le mode de paiement désiré _____
 pour l'examen de M. _____ Euros _____

Fait à _____, le _____
Cachet et signature du Médecin examinateur