

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



C : COURTAGE

Votre spécialiste en assurance de prêt



RAPPORT MEDICAL (MED / RM 01)

Document à retourner sous pli confidentiel à l'adresse suivante :
Médecin Conseil de la compagnie –
APREP – 31, rue du quatre septembre – 75 002 PARIS

RAPPORT MEDICAL DE M. 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. IDENTITE :

- 1.1 - Nom et prénom (suivi s'il y lieu du nom d'époux) : _____
- 1.2 - Date et lieu de naissance : _____
- 1.3 - Domicile : _____
- 1.4 - Profession (avec détails) _____ 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 ? _____

	NON	OUI	Commentaires			
2. HABITUDES DE VIE :						
2.1 - Consommez-vous des boissons alcoolisées ? Quantité par jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vin <input type="checkbox"/> _____cl	bière <input type="checkbox"/> _____cl	apéritif <input type="checkbox"/> _____cl	alcool <input type="checkbox"/> _____cl
2.2 - Fumez-vous ? Combien par jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cigarettes <input type="checkbox"/> _____	cigares <input type="checkbox"/> _____	pipes <input type="checkbox"/> _____	
2.3 - Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants (drogues) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? _____ jusqu'à quand ? _____			
2.4 - Sports pratiqués régulièrement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? _____			
2.5- Votre poids a-t-il diminué au cours de la dernière année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____kg	Cause : Intentionnellement ? non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>		

3. PASSÉ PATHOLOGIQUE

	NON	OUI
3.1 – Avez-vous ou avez-vous eu une affection ou un symptôme suggérant :		
Une maladie infectieuse, parasitaire ou sexuellement transmissible (sida ou syndrome apparenté) ?	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/>
Une atteinte du système endocrinien ou du métabolisme ?	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/>
Une maladie du sang ?	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/>
Une atteinte psychiatrique ?	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/>
Une maladie du système nerveux ou des muscles ?	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>
Une maladie de l'oreille, du nez, de la gorge ou de l'œil ?	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>
Une maladie de l'appareil cardiovasculaire ?	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/>
Une maladie de l'appareil respiratoire ?	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/>
Une maladie de l'appareil digestive ou une atteinte de l'abdomen ?	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/>
Une maladie de l'appareil urogénital ?	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/>
Une maladie de la peau ?	<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/>
Une maladie des os ou des articulations ?	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/>
Une autre maladie ou infirmité ?	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>
3.2 - Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 - Avez-vous subi un traitement par substances radioactives, une chimiothérapie ou une transfusion sanguine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4 - Avez-vous été accidenté ? En cas de traumatisme crânien, indiquer s'il y a eu perte de connaissance et sa durée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5 - Avez-vous séjourné dans un hôpital, une maison de santé, un sanatorium, une station thermale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S'il a été répondu OUI à l'une des questions sous chiffres 3, de quelle maladie ou opération, de quel accident s'agit-il ?	quand / durée / date de guérison / séquelles / commentaires
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____



	NON	OUI	Commentaires
4. Pour les personnes de sexe masculin :			
4.1 - Etes-vous bénéficiaire d'une rente d'invalidité ? Civile <input type="checkbox"/> Militaire <input type="checkbox"/> (Joindre le titre de pension précisant le motif)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	quand ? _____ pourquoi ? _____
5. Pour les personnes de sexe féminin :			
5.1 - Grossesses antérieures ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	combien ? _____ complications éventuelles : _____
5.2 - Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	de combien de mois ? _____ complications éventuelles : _____
5.3 - Prenez-vous des anticonceptionnels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6.1 - Suivez-vous un traitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lequel ? _____ pourquoi ? _____ _____
6.2 - Recevez-vous des soins médicaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? _____ pourquoi ? _____ _____
6.3 - Avez-vous été, au cours des 5 dernières années, traité pendant plus de 3 semaines ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	quand ? _____ pourquoi ? _____
6.4 - Avez-vous consulté un médecin au cours des 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	quand ? _____ pourquoi ? _____
6.5 - Devez-vous être hospitalisé prochainement ou subir une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	quand ? _____ résultat : _____ 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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résultat : _____ _____
8.1 - Vous trouvez-vous en état d'incapacité de travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/> partielle <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	quand ? _____ pourquoi ? _____ durée ? _____
9.1 - Avez-vous autre chose à déclarer concernant votre état de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ _____
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 la Société 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.

A _____, le _____ 20____
La personne à assurer :

Pour attestation de l'exacte transcription de l'anamnèse, le médecin examinateur :



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)

	NON	OUI	Commentaires
10.1 - Vous êtes vous assuré de l'identité de la personne à assurer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.2 - L'avez-vous déjà soignée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquelles ? _____
11.6 - Y a t-il des difformités ou des malformations (thorax, colonne vertébrale, membres, etc.....) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquelles ? _____

12. HABITUDES

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

13. SYSTÈME ENDOCRINIEN ET MÉTABOLISME / PSYCHIATRIE / SYSTÈME NERVEUX ET MUSCLES

13.1 - Votre examen met-il en évidence une anomalie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle ? _____
13.2 - Y a-t-il des troubles du comportement ou des signes pouvant évoquer une affection psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquels ? _____
13.3 - Constatez-vous une symptomatologie évocatrice d'une atteinte du système nerveux ou d'une myopathie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle ? _____

14. ORGANES SENSITIFS

14.1 - 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 auditif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	degré : _____ D. <input type="checkbox"/>	G. <input type="checkbox"/>
14.2 - 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	

15. APPAREIL CARDIOVASCULAIRE

15.1 - L'aire cardiaque est agrandie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	importance : _____
15.2 - Troubles du rythme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquels ? _____
15.3 - Les bruits du cœur sont-ils anormaux (dédoublément, roulement, etc....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ intensité : _____
15.4 - Entendez-vous un souffle cardiaque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	systolique <input type="checkbox"/> où ? _____ intensité : _____
			diastolique <input type="checkbox"/> où ? _____ intensité : _____
Comment se propage t-il ?			_____
Irradiation ?			_____
15.5 - Le souffle est-il organique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	diagnostic : _____
15.6 - Existe-il une anomalie du pouls radial, carotidien, fémoral, tibial postérieur ou pédieux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	siège : _____
			droit <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/>
			cause : _____ importance : _____
15.7 - Troubles du système veineux, œdème, troubles trophiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquels ? _____ importance : _____
15.8 TENSION ARTERIELLE : systolique : _____ diastolique _____ non traitée <input type="checkbox"/> traitée <input type="checkbox"/>			
15.9 Fréquence du pouls : _____/mn			
- 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.			
15.10 - Contrôle éventuel : systolique : _____ diastolique _____ pulsations _____/mn			



NON OUI Commentaires

16. APPAREIL RESPIRATOIRE :

16.1 - Votre examen met-il en évidence une anomalie ? laquelle ? _____
16.2 - Examen radiologique ? résultat : _____

17. APPAREIL DIGESTIF :

17.1 - La langue, le pharynx et les amygdales ont-ils un aspect pathologique ? lequel ? _____
17.2 - La palpation de l'abdomen décelle-t-elle un état pathologique ? lequel ? _____
17.3 - Le foie est-il agrandi ? de combien de cm ? _____ consistance _____
17.4 - La rate est-elle agrandie ? palpable sur _____ cm cause : _____
17.5 - Y a-t-il une hernie, une éventration ? siège : _____ bilatérale : non oui

18. APPAREIL UROGENITAL

18.1 - Examen de l'urine : dosage éventuel : _____ gl/l
albumine (l'urine doit être émise chez le médecin) dosage éventuel : _____ gl/l
sucre _____
sang _____
pus _____
18.2 - Y a-t-il des indices d'une affection des organes génitaux ou des seins ? laquelle ? _____

Autres substances anormales

19. GANGLIONS LYMPHATIQUES

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

20. OS, ARTICULATIONS ET TISSU CONJONCTIF / PEAU

20.1 - Votre examen met-il en évidence un état pathologique ? lequel ? _____
20.2 - Y a-t-il une affection cutanée ou des phanères ? laquelle ? _____

21. CONCLUSION

21.1 - Estimez-vous que le pronostic vital de cette personne est altéré ? _____
21.2 - Faites-vous des réserves sur les risques d'invalidité totale ou partielle ou d'incapacité de travail ? _____
21.3 - Remarques spéciales et suggestions : _____

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

A _____, le _____

Le médecin examinateur :

HONORAIRES : Les honoraires payés à M. le Docteur _____

Adresse : _____

pour l'examen de M. _____ se sont élevés à : _____ €

Date cachet, et signature

Document à retourner sous pli confidentiel à l'adresse suivante :

**Médecin Conseil de la compagnie
APREP
31, rue du quatre septembre
75002 PARIS**