

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



C : COURTAGE

Votre spécialiste en assurance de prêt



P R É V O Y A N C E

Prévoyance



(Rapport médical)

Vous souscrivez
un contrat APRIL Assurances

2006





Madame, Monsieur,

Dans certains cas, la souscription à un produit de prévoyance d'APRIL Assurances nécessite des formalités médicales. Celles-ci sont définies sur chacune des notices produits.

Vous pouvez faire pratiquer la visite médicale et les examens réclamés auprès d'un médecin de votre choix.



Toutes les rubriques du rapport médical doivent être complétées par le médecin afin que celui-ci puisse être analysé par un Médecin-Conseil.

A compléter par l'assureur-conseil

Assuré(e) : Nom : Prénom :

Cachet de l'assureur-conseil

n° : 45455

C: COURTAGE
17 Villa du Petit Parc
94000 CRETEIL
Tél. : 01 45 17 68 68

Les frais d'examens médicaux engagés par l'assuré seront remboursés par APRIL Assurances une fois l'adhésion effective.

Ils seront également remboursés dans les cas suivants :

- En cas de refus de la part d'APRIL Assurances,
- En cas de proposition d'adhésion sous conditions de la part d'APRIL Assurances.

En revanche, les frais resteront à la charge de l'assuré dans les cas suivants :

- Les examens pratiqués n'ont pas été sollicités par APRIL Assurances,
- L'assuré ne donne pas suite à sa demande d'adhésion pour un motif autre que ceux exprimés dans le premier paragraphe.

Note d'honoraires

Remboursement à l'assuré

Honoraires dus à M. le Docteur Adresse :

..... Préciser le mode de paiement désiré :

pour l'examen de M. Montant : €

Le présent rapport médical ne fera l'objet de remboursement d'honoraires par APRIL Assurances que s'il est bien prévu au tableau des formalités médicales. Le remboursement maximal s'effectuera sur la base de 5C.

Date, cachet et signature

Siège social, 27 rue Maurice Flandin - BP 3261 69403 Lyon Cedex 03 Fax 04 78 53 65 18 - Internet <http://www.april.fr>

S.A. de gestion et de courtage d'assurances au capital de 500 000 € - 428 702 419 RCS LYON Garantie financière et responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L530.1 et L530.2 du Code des Assurances.



Rapport Médical

Assurances avec examen médical

N° d'adhérent : _____

RAPPORT MÉDICAL DE M. LE DOCTEUR _____

Entretien avec la personne à assurer

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.

ATTENTION Merci de répondre à chacune des questions posées.

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 - Avez-vous séjourné ou résidé à l'étranger (sauf Union Européenne et Amérique du Nord) ou envisagez-vous de le faire au cours des 12 prochains mois ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui : Où ? _____ Quand ? _____ Durée du séjour : _____ But : _____
2. Habitudes de vie	NON OUI COMMENTAIRES
2.1 - Consommez-vous des boissons alcoolisées ? Quantité par jour ?	vin <input type="checkbox"/> bière <input type="checkbox"/> apéritif <input type="checkbox"/> alcool <input type="checkbox"/> _____ cl _____ cl _____ cl _____ cl
2.2 - Fumez-vous ?	cigarettes <input type="checkbox"/> cigares <input type="checkbox"/> pipes <input type="checkbox"/> quantité en paquets par année : _____ date de début de la consommation tabagique : _____
2.3 - Etiez-vous fumeur ? Donnez des précisions sur la nature, la durée, la date à laquelle vous avez cessé de fumer et pour quel motif ?	nature : _____ durée : _____ date de fin de consommation tabagique : _____ motifs : _____
2.4 - Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants (drogues) ?	lesquels ? _____ jusqu'à quand ? _____
2.5 - Sports pratiqués régulièrement	lesquels ? _____
2.6 - Votre poids a-t-il diminué au cours de la dernière année ?	_____ kg cause : _____ intentionnellement ? non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
3. Passé pathologique	NON OUI
3.1 - Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des symptômes suivants ?	
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"/> <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"/> <input type="checkbox"/>
c) Anémie, anomalie de coagulation, de la moelle osseuse, leucémie ou tout autre maladie du sang ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d) Dépression, anxiété, tentative de suicide, surmenage, stress, névrose, psychose, tétanie, spasmodophilie ou toute autre atteinte psychiatrique ?	<input type="checkbox"/> <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"/> <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"/> <input type="checkbox"/>
g) Malformation ou souffle cardiaque, œdème, 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"/> <input type="checkbox"/>
h) Bronchite chronique, asthme, emphysème, tuberculose ou toute autre maladie de l'appareil respiratoire ou des poumons ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
i) Hémorragie digestive, troubles de l'œsophage, 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"/> <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"/> <input type="checkbox"/>
k) Psoriasis, kyste, eczéma, naevus ou toute autre maladie de la peau ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
l) Hernie discale, sciatique, lumbago, douleurs dorsales, douleurs cervicales, arthrose, ostéoporose, tassements, rhumatismes inflammatoires, vascularité ou toute autre maladie des os ou des articulations ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
m) Cancer, tumeur ou toute autre affection maligne ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
n) Présentez-vous une malformation congénitale ou toute autre maladie ou infirmité non citée plus haut ?	<input type="checkbox"/> <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 ou plusieurs 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). _____	



4.		NON	OUI	COMMENTAIRES
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		NON	OUI	
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.		NON	OUI	
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"/>		lequel ? _____ 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.		NON	OUI	
7.1 - Vous a-t-on fait au cours des 5 dernières années : - un électrocardiogramme ? - une radiographie du thorax ? - une analyse du 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 : _____
7.2 - Avez-vous été soumis à d'autres investigations (par exemple électroencéphalogramme, scanner, scintigraphie, artériographie) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		quand ? _____ lesquelles ? _____ résultat : _____
8.		NON	OUI	
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 ? _____ pour quelle raison ? _____ durée : _____
9.		NON	OUI	
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) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____ _____ _____

Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité aux questions précitées et n'avoir rien dissimulé qui puisse induire en erreur l'organisme assureur. J'ai été informé(e) que toute fausse déclaration ou omission intentionnelle entraînerait la nullité de mon contrat d'assurance conformément à la loi.

Fait à : _____

Date : |_|_|_|_|_|_|_|_|

La signature de la personne à assurer

Cachet et signature du médecin examinateur



Examen médical de la personne à assurer

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



Merci de répondre à chacune des questions posées.

10.	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	NON	OUI	
11.1 - Taille (mesurée au cabinet)			_____ cm
11.2 - Poids (pesée au cabinet)			_____ kg
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	NON	OUI	
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 de tabac, de médicaments ou d'usage de stupéfiants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquels ? _____
13. Système endocrinien et métabolisme/psychiatrie/système nerveux et muscles	NON	OUI	
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	NON	OUI	
14.1 - Y a-t-il une affection de l'appareil auditif ? Y a-t-il une baisse de l'acuité auditive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle ? D. <input type="checkbox"/> G. <input type="checkbox"/> degré : _____ D. : _____ G. : _____
14.2 - Y a-t-il une affection des yeux ? Nécessite-t-elle une correction ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle ? avant correction : OD = _____ OG = _____ après correction : OD = _____ avec _____ dioptries OG = _____ avec _____ dioptries
15. Appareil cardiovasculaire	NON	OUI	
15.1 - L'aire cardiaque est-elle 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 (dédoublé, roulement, etc...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ intensité : _____
15.4 - Entendez-vous un souffle cardiaque ? Comment se propage-t-il ? Irradiation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	systolique <input type="checkbox"/> où ? _____ intensité : _____ diastolique <input type="checkbox"/> où ? _____ intensité : _____
15.5 - Le souffle est-il organique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	diagnostic : _____ siège : _____
15.6 - Existe-t-il une anomalie du pouls radial, carotidien, fémoral, tibial postérieur ou pédieux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 artérielle : systolique _____ diastolique _____ non traitée <input type="checkbox"/> traitée <input type="checkbox"/>			
15.9 - Fréquence du pouls _____ /min - 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 _____ /min			



16. Appareil respiratoire		NON	OUI	COMMENTAIRES
16.1 - Votre examen met-il en évidence une anomalie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		laquelle ?
16.2 - Examen radiologique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		résultat :
17. Appareil digestif		NON	OUI	
17.1 - La langue, le pharynx et les amygdales ont-ils un aspect pathologique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		lequel ?
17.2 - La palpation de l'abdomen décèle-t-elle un état pathologique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		lequel ?
17.3 - Le foie est-il agrandi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		de combien de cm ? consistance ?
17.4 - La rate est-elle agrandie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		palpable sur cm cause :
17.5 - Y a-t-il une hernie, une éventration ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		siège : bilatérale : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
18. Appareil urogénital		NON	OUI	
18.1 - Examen de l'urine par bandelette (obligatoire) (l'urine doit être émise chez le médecin)	albumine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Présence de : dosage éventuel : g/l dosage éventuel : g/l
	sucre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	pus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18.2 - Y a-t-il des indices d'une affection des organes génitaux ou des seins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		laquelle ?
19. Ganglions lymphatiques		NON	OUI	
Y a-t-il une augmentation de volume des ganglions lymphatiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		siège : origine :
20. Os, articulations et tissu conjonctif/peau		NON	OUI	
20.1 - Votre examen met-il en évidence un état pathologique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		lequel ?
20.2 - Y a-t-il une affection cutanée ou des phanères ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		laquelle ?
21. Conclusion		NON	OUI	
21.1 - Estimez-vous que le pronostic vital de cette personne est altéré ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21.2 - Faites-vous des réserves sur les risques d'invalidité totale ou partielle ou d'incapacité de travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21.3 - Remarques spéciales et suggestions :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



APRIL Assurances invite le médecin à s'abstenir, à l'égard de la personne à assurer ou de l'assureur conseil, de toute remarque qui pourrait faire préjuger de la décision de l'organisme assureur. Le médecin doit se garder de délivrer un faux certificat ou même un certificat tendancieux ou de complaisance (articles 24 et 28 du Code de Déontologie médicale).

Fait à : _____

Date : |_|_|_|_|_|_|_|_|

La signature de la personne à assurer

Cachet et signature du médecin examinateur