

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



**C : COURTAGE**

Votre spécialiste en assurance de prêt

Généraliste C4 \_\_\_\_\_

 Le médecin examinateur n'émettra aucune réserve sur l'état de santé du proposant et devra s'assurer que toutes les réponses sont claires et complètes.  
 Les rapports d'examens médicaux incomplets ou imprécis ne seront pas jugés valables.  
 Le rapport devra être retourné sous pli scellé à l'attention du médecin conseil de Generali Assurances vie.  
 Pour des raisons évidentes les examens pratiqués par des médecins membres de la famille du postulant ne seront pas remboursés et jugés sans aucune valeur.

**DÉPARTEMENT GESTION DES PRODUITS VIE**

Type de contrat :

**RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL**
**Nom et prénom du médecin examinateur**

Dr : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

 Identité du proposant : Mr  Mme  Mlle 

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : ..... Né(e) le : .....

À : Code postal : ..... Ville : .....

Adresse actuelle : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Nature pièce d'identité : ..... Numéro : .....

**Vous devez répondre lisiblement à toutes les questions**
**A - DÉCLARATIONS DE LA PERSONNE À ASSURER RECUEILLIES ET CONTRÔLÉES PAR LE MÉDECIN EXAMINATEUR**
**Antécédents familiaux**

Veuillez répondre lisiblement à l'aide du tableau suivant, en particulier si votre famille a présenté des cas de maladies héréditaires ou familiales telles que :

*tumeurs malignes, maladies rénales, maladies cardio vasculaires, ictus, hypertension, goutte, anomalies biologiques, maladies ou désordres héréditaires, dyslipidémie, diabète, tuberculose, alcoolisme, suicide, épilepsie ou autres maladies mentales, maladies nerveuses.*

Veuillez détailler vos réponses.

Parenté	VIVANT		DÉCÉDÉ			
	Age	Etat de santé actuel, et antécédents de santé éventuels	Age au moment du décès	Année du décès	Antécédents de santé avant le décès	Causes du décès
Père						
Mère						
Frères (nombre)						
Sœurs (nombre)						
Autre membre de la famille (précisez le degré de parenté)						
1. A votre connaissance, êtes-vous actuellement en bonne santé ?			OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	<b>PRÉCISIONS</b>	
2. Souffrez-vous d'une maladie ou affection chronique ? Laquelle ?			OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	1. ....	
					2. ....	
					.....	

Antécédents de santé			PRÉCISIONS :
Avez-vous souffert ou souffrez-vous d'une maladie ou d'une affection ? (répondez par "oui" ou "non" et donnez des précisions en regard de chaque réponse positive (type, date de début, durée de la maladie, traitement médical, état de santé actuel ou séquelles éventuelles).	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
3. <b>Maladies de l'appareil respiratoire :</b> (tuberculose, pleurésie, bronchite, pneumonie, asthme, emphysème) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	3. .... .....
4. <b>Maladies du cœur et des vaisseaux :</b> (malformations congénitales ou acquises, ischémie, valvulopathies, arythmies, souffle, infarctus, insuffisance coronarienne, maladies du myocarde ou du péricarde, hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, maladies vasculaires, artérite) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	4. .... ..... .....
5. <b>Maladies du système digestif :</b> (maladies œsophagiennes, ulcères gastriques ou duodénaux, gastro-duodénites, hémorragies gastro-intestinales, colites ulcéreuses, polypes, hémorroïdes, maladies inflammatoires chroniques intestinales, maladies du foie, des voies biliaires, du pancréas) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	5. .... ..... .....
6. <b>Maladies du système génito urinaire :</b> Affection rénale ou urinaire, néphrite, calculs, coliques néphrétiques, hématurie, albuminurie) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	6. .... .....
7. <b>Affections neurologiques ou psychiques :</b> (Épilepsie, méningite, anévrisme, hémorragie, paralysie, crises convulsives, maladies mentales, état dépressif, tentatives de suicide, anxiété, sclérose en plaques, migraines, alcoolisme, accident vasculaire cérébral) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	7. .... ..... .....
8. <b>Affections endocriniennes ou du métabolisme :</b> (Thyroïde, diabète, obésité, dyslipidémie, glandes surrénales, désordres hormonaux) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	8. .... .....
9. <b>Affection sanguine ou ganglionnaire :</b> (anémie, polyglobulie, hémophilie, adénopathies, hémorragies diverses, moëlle des os) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	9. .... .....
10. <b>Maladies du système immunitaire, maladies infectieuses, ou parasitaires :</b> (Sida, hépatite, maladies du tissu conjonctif, maladies sexuellement transmissibles, maladies tropicales, malaria, amibes) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	10. .... .....
11. <b>Maladies des os et des muscles :</b> (maladies ostéo articulaires, des hanches ou de la colonne vertébrale, scoliose, sciatique, rhumatismes, arthrose, hernie discale, tassement vertébral, lombalgies même banales, cervicalgies, dorsalgies osseuses, affections cérébrospinales, ligaments, tendons, maladies musculaires) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	11. .... ..... .....
12. <b>Maladies des yeux :</b> (glaucome, rétinopathie, cataracte) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	12. ....
13. <b>Anomalie de l'acuité auditive :</b> (otites, vertiges) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	13. ....
14. <b>Affection du nez, de la gorge ou de la bouche :</b> (sinusites, laryngites) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	14. ....
15. <b>Affection ou allergie cutanée :</b> (eczéma, mycose, allergies, herpès, psoriasis, purpurat, lupus, tumeurs) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	15. .... .....
16. Affection ganglionnaires ? Infections à cause inconnue ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	16. ....
17. Toutes sortes de fièvre ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	17. ....
18. Sueurs nocturnes ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	18. ....
19. Tumeur maligne ou bénigne ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	19. ....
20. Avez-vous fait l'objet d'un traitement par rayons laser ou chimiothérapie ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	20. ....
21. Hernies ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	21. ....
22. Accident ou séquelles d'accident ? Quand ? Séquelles éventuelles ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	22. ....
23. Faites-vous actuellement usage de médicaments ? Lesquels ? Quel dosage ? Durée du traitement ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	23. .... .....
24. Avez-vous fait l'objet d'examens spéciaux : (tests sanguins ou urinaires, radiographie, échographie, scanner, ultrasons, électrocardiogramme) qui ont révélé des anomalies ? Le cas échéant veuillez détailler votre réponse.	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	24. .... ..... .....
25. Avez-vous fait l'objet d'examens tels que : endoscopies, angiographies, électroencéphalogramme ou autre investigation non citée précédemment ? Quand ? Pour quel motif ? Quel en a été le résultat ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	25. .... ..... .....
26. Au cours des cinq dernières années avez-vous consulté un spécialiste, même si aucun traitement médical n'a été prescrit : - Psychothérapeutes (psychiatres, psychologues) - chiropracteurs, physiothérapeutes - acupuncteurs	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	26. .... ..... .....

27. Avez-vous reçu ou recevez-vous des indemnités pour incapacité de travail, ou en avez-vous fait la demande ? Le cas échéant, veuillez indiquer le motif et le degré d'invalidité ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	27. .... ..... .....
28. Votre poids a-t-il augmenté ou diminué au cours des deux dernières années ? En cas de réponse positive, de combien et si possible le motif.	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	28. .... .....
29. Avez-vous fait l'objet de transfusion de sang ? quand ? Pour quel motif ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	29. ....
30. Lors d'un don du sang avez-vous été refusé ? Si oui, pourquoi ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	30. ....
31. Avez-vous fait l'objet d'un test sanguin qui aurait révélé un résultat HIV positif ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	31. ....
32. Avez-vous ressenti dans un passé excédant trois mois, des symptômes de fatigue excessive, perte de poids, diarrhée, inflammation ganglionnaire, contusions inexplicables, qui auraient duré plus d'une semaine ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	32. .... ..... .....
33. Vous a-t-on annoncé que dans les semaines à venir vous deviez être hospitalisé pour y subir une intervention chirurgicale ou un examen spécifique ? Le cas échéant, précisez la nature, le motif et la date.	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	33. .... ..... .....
34. Au cours des cinq dernières années avez-vous été en arrêt de travail pour maladie ou accident pendant plus de trois semaines consécutives ? Le cas échéant, précisez la date, le motif et la durée ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	34. .... ..... .....
35. Veuillez indiquer le nom et l'adresse de votre médecin de famille ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	35. ....
36. Avez-vous consulté d'autres médecins au cours des cinq dernières années ? Pour quel motif ? A quelle date ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	36. .... .....
37. Avez-vous été hospitalisé (hôpital, clinique, sanatorium, maison de santé) ? Le cas échéant précisez les motifs et la durée de l'hospitalisation. Quel médecin avez-vous consulté la dernière fois et pour quel motif ? (veuillez préciser le nom et l'adresse) Quel médecin est le mieux informé sur votre état de santé ? (veuillez préciser le nom et l'adresse.)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	37. .... ..... ..... ..... .....
<b>QUESTIONS RÉSERVÉES AUX PERSONNES DU SEXE MASCULIN.</b>			38. .... ..... .....
38. Avez-vous été exempté ou ajourné du service militaire lors de la visite médicale ? Le cas échéant, veuillez préciser le motif.	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	38. .... ..... .....
39. Etes-vous titulaire d'une pension d'invalidité à titre militaire ? Quel taux ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	39. ....
40. Avez-vous fait l'objet d'un dysfonctionnement de la prostate ou des testicules ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	40. ....
41. Faites-vous l'objet d'examens réguliers de la prostate (dosage sanguin de l'antigène spécifique de la prostate) ? Le cas échéant précisez le résultat ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	41. .... ..... .....
<b>QUESTIONS RÉSERVÉES AUX PERSONNES DU SEXE FÉMININ.</b>			42. .... ..... .....
42. Etes-vous toujours réglée ? Le cas échéant vos règles sont-elles douloureuses ?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	42. .... ..... .....
43. Avez-vous eu des périodes hémorragiques en dehors du cycle menstruel ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	43. ....
44. Nombre de grossesses ? Leur déroulement a-t-il été normal ?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	44. ....
45. L'accouchement et ses suites ont-ils été normaux ?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	45. ....
46. Accouchement prématuré? Fausse couche ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	46. ....
47. Etes-vous enceinte? Depuis combien de temps ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	47. ....
48. Le déroulement de votre grossesse a-t-il été normal jusqu'à la date du présent examen médical ?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	48. .... .....
49. Des complications sont-elles prévisibles ? Le cas échéant lesquelles ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	49. ....
50. Vous savez-vous atteint d'affections mammaires, ovariennes, utérines, ou des organes génitaux externes ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	50. .... .....
51. Utilisez-vous un moyen de contraception ? Lequel ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	51. ....
52. Etes-vous ménopausée? Depuis quelle date ? Etait-ce physiologique ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	52. .... NON <input type="checkbox"/>
53. Faites-vous des contrôles réguliers tels que check-up, mammographie ? Quels sont les résultats ?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	53. .... .....
<b>MODE DE VIE.</b>			54. à plein temps : ..... à temps partiel : .....
54. Quelle est votre activité professionnelle à temps plein, à temps partiel ?			54. à plein temps : ..... à temps partiel : .....
55. Quelle profession avez-vous exercé par le passé ?			55. ....

56. Avez-vous du changer de professions pour raison de santé ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	56. .... .....
57. Avez-vous une activité sportive ? Laquelle ? A quel niveau (amateur, professionnel) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	57. amateur <input type="checkbox"/> professionnel <input type="checkbox"/> .....
58. Consommez-vous de l'alcool régulièrement ? Combien d'unités par jour (1 unité = 1/2 litre de bière ou 1 verre de vin, 1 apéritif ou 1 digestif)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	58. .... bière..... vin..... apéritif/digestif.....
59. Si vous ne consommez plus d'alcool à ce jour, en avez-vous consommé régulièrement par le passé ? Quelle quantité ? Combien de temps ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	59. .... .....
60. Fumez-vous ? Le cas échéant quelle quantité par jour ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	60. cigarettes..... cigare..... pipe.....
61. Etiez-vous fumeur ? Donnez des précisions sur la nature, la durée, la date à laquelle vous avez cessé de fumer et pour quel motif ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	61. cigarettes..... cigare..... pipe..... .....
62. Avez-vous ou faites-vous usage de tranquillisants, antidépresseurs, sédatifs, stupéfiants ? Lequels ? Quantité ? Durée ?.	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	62. .... .....
<b>ANTÉCÉDENTS D'ASSURANCES SUR LA VIE.</b>			
63. Avez-vous fait l'objet d'investigations médicales pour des propositions d'assurance sur la vie ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	63. .... .....
64. Avez-vous fait l'objet d'une acceptation du risque aux conditions normales ?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	64. ....
65. Dans la négative avez-vous fait l'objet de surprime, restrictions de garanties ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	65. ....
66. Avez-vous fait l'objet d'un refus de garantie ou d'un ajournement ? A quelle date ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	66. ....
67. Veuillez indiquer toute anomalie physique, biologique ou clinique, congénitale ou acquise qui n'aurait pas été mentionnée ci-dessus.	67. .... .....		

### DECLARATION DU PROPOSANT

Je certifie avoir relu les réponses apportées au présent questionnaire, celles-ci ont été écrites en ma présence et sont sincères, à ma connaissance, complètes, exactes et strictement conformes aux déclarations que j'ai faites.

Je reconnais être informé que toutes les réponses faites à ce questionnaire sont à l'usage des services médicaux des compagnies d'assurance du groupe Generali.

Je déclare ne pas ignorer que si, dans l'appréciation du risque Generali Assurances Vie a été induit en erreur par suite d'une fausse déclaration intentionnelle ou d'une réticence l'assurance pourra être annulée aux conditions prévues par le Code des assurances.

Je soussigné autorise tout médecin à communiquer au médecin conseil de Generali Assurances Vie ou des réassureurs, toutes les informations d'ordre médical provenant des médecins que j'ai consultés dont il pourrait avoir besoin.

**Signature et cachet du Médecin examinateur :**

**Signature du proposant (en présence du médecin) :**

.....

.....

**Fait à** ..... **le** .....

### B - DÉCLARATION DU MÉDECIN EXAMINATEUR.

68. Avez-vous un lien de parenté ou une affinité quelconque ou un intérêt avec le proposant ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	68. .... .....
69. Êtes-vous le médecin de famille du proposant ou un médecin particulièrement informé sur son état de santé ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	69. .... .....
70. Avez-vous déjà examiné ou suivi le proposant pour un traitement médical ? Quand ? Pourquoi ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	70. .... .....

### C - ETAT DE SANTÉ ACTUEL DU PROPOSANT

<b>Aspect général.</b>			
71. Le proposant vous paraît-il en bonne santé ?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	71. .... .....
72. Allure et apparence générale (normale, athlétique, obèse, élancé, maigre, droit, voûté)			72. normale <input type="checkbox"/> anormale <input type="checkbox"/> .....
73. Infirmités congénitales ou acquises ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	73. ....
74. L'apparence générale correspond-elle à l'âge atteint ?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	74. ....
75. La couleur et l'aspect de la peau sont-ils normaux ?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	75. ....
76. Existe t-il une affection cutanée ? De quelle sorte ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	76. ....
77. Cicatrices ? A quel endroit ? Origine ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	77. ....
78. Existe t-il un naevus suspect ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	78. ....

79. Aspect adipeux. Le poids vous paraît-il bien réparti ?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	79. ....
80. Le système lymphatique vous paraît-il normal ?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	80. ....
<b>ETAT DES OS, ARTICULATIONS ET MUSCLES.</b>			
81. La masse musculaire vous paraît-elle normale ?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	81. ....
82. Y a-t-il une anomalie au niveau des os, articulations, particulièrement au niveau du buste, des vertèbres, des membres inférieurs ou supérieurs ? De quel ordre ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	82. ....
83. Y-a-t-il une anomalie de mouvement au niveau de la colonne vertébrale ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	83. ....
84. Constatez-vous une symptomatologie évocatrice d'une atteinte du système nerveux ou d'une myopathie ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	84. ....
85. Conclusions sur l'état osseux et musculaire du proposant			85. ....

taille	poids	Tour de poitrine sous les aisselles (pour les deux sexes)		Tour de l'abdomen au-dessus du nombril
		en expiration	en inspiration	
cm.....	kg.....	cm.....	cm .....	cm .....

**N.B.** – Le Médecin examinateur doit vérifier personnellement et noter précisément les données précédentes.

<b>VISAGE ET COU</b>			
86. L'aspect vous paraît-il normal ?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	86. ....
87. La glande thyroïde vous paraît-elle normale ? (en cas d'hypertrophie, veuillez préciser la consistance glandulaire et si l'affection est ancienne, stationnaire ou progressive)	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	87. ....
88. Ganglions lymphatiques à la palpation ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	88. ....
<b>SYSTÈME RESPIRATOIRE</b>			
89. La bouche et la gorge vous paraissent-elles normales ?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	89. ....
90. Y a-t-il une affection du nez ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	90. ....
91. Y a-t-il une anomalie de la voix ? (rauque, enrouée, voilée)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	91. ....
92. Y a-t-il une asymétrie totale ou partielle des poumons ? Y a-t-il une anomalie de la fréquence ou du rythme respiratoire ? Les poumons sont-ils normaux à la palpation, percussion et auscultation ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	92. ....
93. Y a-t-il d'autres anomalies du système respiratoire ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	93. ....
94. Conclusions du médecin examinateur sur le système respiratoire.			94. ....
<b>SYSTÈME CARDIO VASCULAIRE</b>			
95. Auscultation du cœur. Y a-t-il une anomalie des battements cardiaques? (en cas de souffle, précisez le siège, le temps, la qualité et l'irradiation)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	95. ....
96. Pulsations au repos ? Régularité du rythme cardiaque ?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	96. .... battements/min
97. Tension artérielle au repos (si le tracé est anormal un autre tracé devra être réalisé après 10 minutes)			97. Syst..... Diast..... mmHg..... Syst..... Diast..... mmHg.....
98. Palpitations aux limites de la normale compte tenu de la morphologie ? Signes d'essoufflement ?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	98. ....
99. Signes de pression veineuse importante, thrombose, œdème périphérique ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	99. ....
100. Examen des vaisseaux sanguins (varicosités, hémorroïdes), normaux ?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	100. ....
101. Conclusions du médecin examinateur sur le système cardio vasculaire.			101. ....
<b>BOUCHE ET SYSTÈME DIGESTIF.</b>			
102. Etat de la bouche (langue, dents, amygdales, gencives)			102. normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>
103. Examen de l'abdomen (recherche soigneuse de douleur à la palpation, masse anormale) ?			103. normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>
104. Examen du foie : est-il palpable, dur, douloureux, ou présente-t-il des renflements? (Si la dimension est anormale, précisez le degré).			104. ....
105. Taille de la rate : y a-t-il splénomégalie ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	105. ....
106. Y a-t-il une hernie ? Avec complications ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	106. ....

107. Ya t-il une fistule anale ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	107. ....
108. Conclusions du médecin examinateur sur le système digestif.			108. ....
<b>ORGANES GÉNITO URINAIRES.</b>			
109. Y a t-il une raison de suspecter l'existence d'une anomalie au niveau des reins, de la vessie ou de l'urètre ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	109. ....
110. Y a t-il des symptômes de rétrécissement de l'urètre ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	110. ....
111. Pour le sexe masculin : anomalie des testicules, affection de la prostate ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	111. ....
<b>SYSTÈME NERVEUX, ORGANES SENSORIELS ET COMPORTEMENT MENTAL.</b>			
112. Comportement mental ?			112. normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>
113. Mobilité : y a t-il des tremblements, contractures musculaires, paralysie ou parésie, douleur en station debout ou trouble du langage ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	113. ....
114. Reflexes profonds : genoux.			114. ....
115. Pupilles : forme et symétrie, réaction à la lumière et accommodation			115. ....
116. Y a t-il des troubles de l'acuité visuelle ? En cas de myopie ou d'hypermétropie sévère, précisez le degré.	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	116. ....
117. Oreilles : y a t-il un désordre fonctionnel de l'acuité auditive ? (vertiges, otorrhée)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	117. ....
118. Conclusions du médecin examinateur sur le système nerveux, les organes sensoriels et le comportement mental du proposant.			118. ....
119. Précisez s'il y a une raison de suspecter une affection mentale.			119. ....
<b>SEXE FÉMININ.</b>			
120. Examen de la poitrine ?			120. normale <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/>
121. Le médecin examinateur pense t-il qu'il soit nécessaire d'effectuer un examen gynécologique en raison d'une anomalie suspecte au niveau des organes génitaux ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	121. ....

**Résultat de l'analyse d'urine (en présence du médecin)**

Couleur	Apparence	Odeur	Réaction	Poids spécifique à 15°	Albumine	Sucre	Autre anomalie?
Quels tests avez-vous utilisés?							

Analyse microscopique des sédiments .....

Conclusions sur l'analyse d'urine : .....

122. Avez-vous trouvé une affection autre que celles mentionnées ci-dessus ? Le cas échéant, donnez des détails.	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	122. ....
<b>CONCLUSIONS</b>			
123. Compte tenu des informations précédentes quel est le diagnostic du médecin examinateur ?			123. ....
124. Des examens complémentaires sont-ils nécessaires pour confirmer l'état de santé du proposant ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	124. ....
125. Le cas échéant lesquels ?			125. lesquels ? .....
126. Si le test HIV n'est pas requis par l'assureur pensez-vous qu'il soit nécessaire en fonction des déclarations du proposant et de vos propres conclusions ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	126. ....

**Les garanties ne sont effectives qu' après acceptation du risque.**

<p><b>a) Couverture Invalidité</b></p> <p><input type="checkbox"/> possible    <input type="checkbox"/> possible avec restrictions sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> les maladies du système auditif</li> <li><input type="checkbox"/> les maladies des os, des articulations et des muscles</li> <li><input type="checkbox"/> les maladies des yeux</li> <li><input type="checkbox"/> autres.</li> </ul> <p>(autres).....</p> <p><input type="checkbox"/> impossible : motif .....</p> <p>.....</p> <p><b>b) Emettriez-vous une réserve particulière en cas de demande de couverture supplémentaire "décès par accident" ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> OUI    <input type="checkbox"/> NON</p> <p>motif .....</p> <p>.....</p>	<p>Informations complémentaires : .....</p> <p>.....</p> <p>Je, soussigné, déclare que les informations médicales concernant le proposant, ont été transcrites par mes soins avec diligence et précision, suite à un examen objectif de Mr, Mme, Melle.....</p> <p>Aucun résultat n'a été omis ni modifié.</p> <p>Ce rapport, après avoir été signé par le proposant et par le médecin examinateur, sera mis sous pli scellé et adressé au médecin conseil de l'assureur.</p> <p>L'examen médical a été pratiqué à (lieu) .....</p> <p>Le (date et heure) .....</p> <p align="center"><i>(Hôpital, clinique, Cabinet du médecin examinateur)</i></p> <p>Réserve du médecin examinateur sur le proposant : .....</p> <p>.....</p> <p>Domicile .....</p> <p align="right"><i>(signature et cachet du médecin examinateur)</i></p>
---	---