

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



**C : COURTAGE**

Votre spécialiste en assurance de prêt



# RAPPORT MEDICAL

Ce document sera fourni par les réseaux prestataires. Il n'est à remettre à la personne à assurer seulement s'il décide de consulter un praticien de son choix.

CONTRAT N° 1229



ETABLI PAR M. LE DR : \_\_\_\_\_

SUR M. \_\_\_\_\_ DEMEURANT À : \_\_\_\_\_

## Déclarations de la personne à assurer recueillies et rédigées par le medecin

Si le médecin est alerté par une réponse, il est prié de pousser son interrogatoire en insistant sur les symptômes. Dans les cas douteux, il demandera au proposant de faire envoyer par le médecin ou chirurgien traitant, attestation, explications, radios, etc. au médecin conseil de la compagnie.

### IDENTITÉ DU PROPOSANT :

Veillez indiquer si vous connaissez personnellement le proposant :  oui  non

Le médecin devra inviter le proposant à compléter son numéro de carte d'identité ou de passeport : \_\_\_\_\_

Noms et prénoms : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

Situation de famille :  célibataire  marié(e)  veuf(ve)  divorcé(e)  séparé(e) Nombre d'enfant(s) : \_\_\_\_\_

Profession actuelle : \_\_\_\_\_ Antérieure : \_\_\_\_\_

Activité manuelle ?  oui  non

### ANTÉCÉDENTS D'ASSURANCE

Avez-vous déjà souscrit des propositions d'assurance ?  oui  non

Ont-elles été acceptées à des conditions normales ?  oui  non

Ont-elles été acceptées à des conditions restrictives ?  oui  non

Si oui lesquelles ? \_\_\_\_\_

Ont-elles été ajournées, refusées ?  oui  non Pour quel(s) motif(s) ? \_\_\_\_\_

### MODE DE VIE

Votre taille : \_\_\_\_\_ Votre poids : \_\_\_\_\_ Votre tension artérielle (si vous en avez connaissance) : \_\_\_\_\_

Suivez-vous un régime ?  oui  non Lequel et pourquoi ? \_\_\_\_\_

Avez-vous des variations de poids ?  oui  non Pourquoi ? \_\_\_\_\_ De combien : + ou - \_\_\_\_\_

Consommation journalière de boissons alcoolisées ? Vins : \_\_\_\_\_ Bières : \_\_\_\_\_ Apéritifs : \_\_\_\_\_

Consommation journalière en tabac : Cigarettes : \_\_\_\_\_ Cigares : \_\_\_\_\_ Pipes : \_\_\_\_\_

Depuis quand fumez-vous ? \_\_\_\_\_ Si vous avez arrêté de fumer, à quelle date ? \_\_\_\_\_

Pour quel motif ? \_\_\_\_\_

Quel(s) sport(s) pratiquez-vous ?  moto  engin aérien  autres (préciser) : \_\_\_\_\_

En compétition ?  oui  non

Exercez-vous normalement vos activités professionnelles ?  oui  non

Si non, depuis quelle date ? \_\_\_\_\_ Pourquoi ? \_\_\_\_\_

### POUR UNE FEMME

Prenez-vous ou avez-vous pris des anticonceptionnels ?  oui  non Depuis quelle date ? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Êtes-vous enceinte ?  oui  non De combien de mois ? \_\_\_\_\_

Grossesses à risque ou accouchements antérieurs ou avant terme ? \_\_\_\_\_

Nombre de grossesses ? \_\_\_\_\_ Fausses couches ? \_\_\_\_\_ Césariennes ? \_\_\_\_\_ A quelle(s) date(s) \_\_\_\_\_

Maladies particulières (fibrome, tumeur, endométriose, grosseur dans les seins, etc.) : \_\_\_\_\_



# RAPPORT MEDICAL

Ce document sera fourni par les réseaux prestataires. Il n'est à remettre à la personne à assurer seulement s'il décide de consulter un praticien de son choix.

CONTRAT N° 1229

**Premium**  
emprunteur

## ANTÉCÉDENTS MEDICAUX

Y a-t'il eu dans votre famille des cas de maladie héréditaire ou familiale ou des cas de suicide ?  oui  non

Qui ?  A quelle(s) date(s) ?

Avez-vous une invalidité ?  oui  non Laquelle ?  Depuis quelle date ?

Taux d'invalidité :  Libellé exact du motif de la pension

Avez-vous une infirmité ou une diminution de capacité physique ?  oui  non

Laquelle ?

Avez-vous eu des arrêts de travail de plus de 15 jours consécutifs au cours des 5 dernières années ?  oui  non

Pour quel(s) motif(s) ?  A quelle(s) date(s) ?

Avez-vous subi des interventions chirurgicales ?  oui  non  
(à l'exception de l'appendice, des amygdales, des végétations, de la vésicule biliaire, d'une césarienne)

Lesquelles ?  A quelle(s) date(s) ?

Avez-vous séjourné dans un hôpital, une clinique, une maison de santé, maison de repos, sanatorium ?  oui  non

Pour quel(s) motif(s) ?  A quelle(s) date(s) ?

Avez-vous eu des transfusions sanguines dans les 10 dernières années ?  oui  non

Pour quel(s) motif(s) ?  A quelle(s) date(s) ?

Avez-vous été atteint d'une maladie sexuellement transmissible ?  oui  non

Laquelle ?  A quelle(s) date(s) ?

Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité HIV ?  oui  non Hépatites ?  oui  non

Dates et résultats :

Avez-vous eu une infection due aux conséquences d'une immunodéficience acquise ?  oui  non

Laquelle ?

## ÉTAT PATHOLOGIQUE

Souffrez-vous ou avez-vous souffert des maladies suivantes et/ou êtes-vous traité pour ces maladies :

<sup>(1)</sup> Cochez la ou les cases correspondantes

### - APPAREIL RESPIRATOIRE<sup>(1)</sup>

Pneumonie,  pleurésie,  bronchite chronique,  asthme,  tuberculose,  crachement de sang,  dyspnée,  maladie allergique,  rhume des foins, autres (préciser) :

Date et nature :  Traitement(s) et dose(s) :

Evolution état actuel :

### - APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE<sup>(1)</sup>

Infarctus,  palpitations,  précordialgies,  HTA,  artères et veines,  œdème des jambes,  rhumatismes articulaires aigus,  essoufflements

Date et nature :  Traitement(s) et dose(s) :

Evolution état actuel :

### - SYSTEME NERVEUX<sup>(1)</sup>

Epilepsie, paralysie,  crises convulsives,  vertiges,  troubles psychiques,  neurasthénie,  spasmophilie,  tétanie, autres (préciser) :

Date et nature :  Traitement(s) et dose(s) :

Evolution état actuel :

### - ORGANES DES SENS<sup>(1)</sup>

Troubles de la vue :  oui  non Troubles de l'audition :  oui  non

Date et nature :  Traitement(s) et dose(s) :

Evolution état actuel :



# RAPPORT MEDICAL

Ce document sera fourni par les réseaux prestataires. Il n'est à remettre à la personne à assurer seulement s'il décide de consulter un praticien de son choix.

CONTRAT N° 1229



**- ENDOCRINOLOGIE<sup>(1)</sup>**

Goitre,  diabète,  troubles hypophysaires

**- MALADIES DES OS ET DES ARTICULATIONS<sup>(1)</sup>**

Hernie discale,  lumbago,  douleurs du rachis,  sciatique,  maladies rhumatismales,  maladies ostéo-articulaires,  goutte,

autres (préciser) : \_\_\_\_\_

Date et nature : \_\_\_\_\_ Traitement(s) et dose(s) : \_\_\_\_\_

Evolution état actuel : \_\_\_\_\_

**- APPAREIL DIGESTIF<sup>(1)</sup>**

Diarrhée,  constipation,  maladie gastrique ou intestinale,  maladie du foie,  pancréas,  coliques hépatiques

Date et nature : \_\_\_\_\_ Traitement(s) et dose(s) : \_\_\_\_\_

Evolution état actuel : \_\_\_\_\_

**- MALADIES INFECTIEUSES<sup>(1)</sup>**

Hépatites virales,  septicémie,  amibiase,  colite,  sida, autres (préciser) : \_\_\_\_\_

Date et nature : \_\_\_\_\_ Traitement(s) et dose(s) : \_\_\_\_\_

Evolution état actuel : \_\_\_\_\_

**- ORGANES GENITAUX-URINAIRES<sup>(1)</sup>**

Coliques néphrétiques,  lésions testiculaires ou prostatiques,  vessie,  polypes,  reins (hématurie, albuminurie)

autres (préciser) : \_\_\_\_\_

Date et nature : \_\_\_\_\_ Traitement(s) et dose(s) : \_\_\_\_\_

Evolution état actuel : \_\_\_\_\_

**- MALADIES DU SANG<sup>(1)</sup>**

Anémie,  leucémie,  trouble de la coagulation,  hémorragies diverses

autres (préciser) : \_\_\_\_\_

Date et nature : \_\_\_\_\_ Traitement(s) et dose(s) : \_\_\_\_\_

Evolution état actuel : \_\_\_\_\_

**- DIVERS<sup>(1)</sup>**

Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement médical régulier, un régime particulier, des soins médicaux au cours des 5 dernières années ?  oui  non

Si oui, indiquer la raison, le(s) nom(s) et les doses des médicaments et ou des soins prescrits : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Avez-vous subi des examens spéciaux ?  électrocardiogramme,  encéphalogramme,  radiographies,  scanner,  IRM,  analyses

Lesquelles ? \_\_\_\_\_ A quelle(s) date(s) ? \_\_\_\_\_

Pour quelles(s) affection(s) ? \_\_\_\_\_

Avez-vous eu des éruptions ?  eczéma,  psoriasis, autres (préciser) : \_\_\_\_\_

Si oui, de quel type et localisation : \_\_\_\_\_

Date et nature : \_\_\_\_\_ Traitement(s) et dose(s) : \_\_\_\_\_

Evolution état actuel : \_\_\_\_\_

Code des Assurances extrait de l'article L 113-8 : « ...Le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur le sinistre... »

Je certifie d'une part, que toutes les questions précisées ont été posées et que toutes les réponses portées ci-dessus sont conformes à mes déclarations.

D'autre part, avoir pris connaissance de l'article L113-8 du Code des assurances précité ci-dessus.

Fait à : ..... Le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature et cachet du médecin examinateur

Signature du proposant



# RAPPORT MEDICAL

Ce document sera fourni par les réseaux prestataires. Il n'est à remettre à la personne à assurer seulement s'il décide de consulter un praticien de son choix.

CONTRAT N° 1229



## Examen médical du proposant

Le médecin examinateur est prié, chaque fois qu'il constate un signe anormal, d'en préciser les caractères et de donner tous les détails susceptibles d'expliquer sa nature et sa valeur. Au besoin, ajouter un feuillet.

### MENSURATIONS :

Taille :  Poids :

### ASPECT GÉNÉRAL<sup>(1)</sup>

Age et santé apparents :

Corpulence :  maigre  gras  obèse  musclé

Signes d'alcoolisme avéré ou présumé :

Etat de la peau :  ulcérations,  éruptions,  Kaposi,  cicatrices,  naevus,  autres (préciser) :

### APPAREIL RESPIRATOIRE

Troubles fonctionnels (voix, dyspnée, toux, crachats, hémoptysie) :

Examen de l'appareil respiratoire :

### APPAREIL CIRCULATOIRE<sup>(1)</sup>

Troubles fonctionnels :  dyspnée,  précordialgies,  œdème,  autres (préciser) :

Examen de l'appareil circulatoire :

Auscultation, rythme, pouls, pouls périphérique :

Tension artérielle : maxima  minima  heure :

### SYSTEME NERVEUX<sup>(1)</sup>

Tremblement des mains ?  oui  non

Troubles de l'équilibre, de la marche ?  oui  non

Paralysie ?  oui  non Origines :

Réflexes pupillaires ?

Réflexes rotuliens et achilléens ?

Fonctions intellectuelles, mémoire, psychisme ?

En cas de traumatisme crânien ou de trépanation, préciser les séquelles (céphalées, vertiges, crises ou équivalents comitiaux) et l'état de la brèche

### TROUBLES PSYCHIQUES

Si oui, de quelle nature ?

Depuis quelle date :  /  /  Traitement(s) et dose(s) :

### SENS<sup>(1)</sup>

Troubles oculaires ?  Acuité avant correction : OG  OD

Acuité après correction : OG  OD

Troubles auditifs (vertiges, bourdonnements, surdité) ?  Acuité auditive corrigée :  oui  non

### APPAREIL SPLENO-GANGLIONNAIRE<sup>(1)</sup>

Ganglions lymphatiques anormaux ?  oui  non Sièges, volume, consistance, mobilité ?

Rate percussion et palpation



# RAPPORT MEDICAL

Ce document sera fourni par les réseaux prestataires. Il n'est à remettre à la personne à assurer seulement s'il décide de consulter un praticien de son choix.

CONTRAT N° 1229



## ENDOCRINOLOGIE<sup>(1)</sup>

Diabète ?  oui  non D.I.D ?  D.N.I.D ?

Troubles hypophysaires ?  oui  non Dysfonctionnement thyroïdien ?  oui  non

Traitement(s) et dose(s) :

## APPAREIL DIGESTIF<sup>(1)</sup>

Antécédents d'hépatites ?  oui  non

Appétit,  soif,  diarrhée,  constipation Bouche, langue denture, leucoplasie (son siège) :

Percussion et palpation du foie ? Subictère ?  Douleur palpation vésicule ?  oui  non

Masse abdominale ? Eventration ? Hernie ?

## OS ET ARTICULATIONS

Rachis ?  Statique vertébrale ?

Douleurs vertébrales et/ou osseuses ?

Antécédents de :  lumbago  sciatique  hernie discale

Résultats de radiographie, scanner, IRM :

Examen des articulations périphériques (déformation, limitation des mouvements, etc.) :

## APPAREIL GENITO-URINAIRE

Examen des reins :  Anomalie des mictions :

Anomalies mammaires ?  Résultat de la dernière mammographie :

Examen des urines en présence du médecin :

Albumine  Sucre  Pus  Sang

Examen des testicules ?

Résultat de l'échographie prostatique si pratiquée :  Date :

## CONCLUSION DE L'EXAMEN

En résumé, trouvez-vous que l'état de santé du proposant soit :  très bon  bon  médiocre  préoccupant

Y a-t-il chez le proposant des prédispositions à quelques maladies et quelles sont-elles ?

Faites-vous des réserves sur la longévité du proposant ou sur les risques d'invalidité partielle ou totale ?

Des arrêts temporaires d'activité fréquents sont-ils à prévoir ?  oui  non

Des examens complémentaires se révèlent-ils actuellement utiles ?  oui  non

Si oui, lesquels ?

## OBSERVATIONS



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

Fait à : ..... Le : / /

Signature du médecin examinateur

Cachet du médecin

Afin d'assurer le caractère confidentiel et pour éviter tout retard dans la prise de décision du dossier, le médecin examinateur est prié d'adresser son rapport au moyen de l'enveloppe confidentielle jointe à l'attention de Monsieur le Médecin Conseil ou bien à l'adresse suivante :

**SPB / MEDECIN CONSEIL  
PREMIUM EMPRUNTEUR  
76095 LE HAVRE CEDEX  
Fax sécurisé : 02.32.74.22.32**

Loi Informatique et Liberté : L'assuré peut demander à la société communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la société, de ses mandataires, des réassureurs ou des organismes professionnels concernés. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse ci-dessus.

**DIRECT ASSURANCE VIE** - Une société du Groupe AXA - Entreprise régie par le code des assurances - Siège social : 163/167, avenue Georges-Clemenceau - 92000 Nanterre - SA au capital de 1 898 599,20 euros - RCS Nanterre 348 225 665