

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



C : COURTAGE

Votre spécialiste en assurance de prêt



TELEVIE



C: COURTAGE
17 villa du Petit Parc
84000 CRETEIL

Rapport Médical

A transmettre au Médecin Conseil de TELEVIE sous pli confidentiel au moyen de l'enveloppe remise par votre interlocuteur.

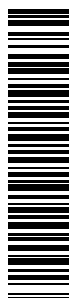
Réf. 41.18.80/1 - 04/2004

Page : 1/4

Contrat :

Code intermédiaire :

1. NOM : _____ Prénom : _____ Né(e) le : _____ Situation de famille : _____
 Adresse : _____ Localité : _____
 Code postal : _____ Bureau distributeur : _____ Profession : _____



4118801000

2. a) Bénéficiez-vous d'une prise en charge à 100 % pour une affection (ordonnance spéciale)? NON OUI depuis quand ? _____ pour quel(s) motif(s) ? _____
 b) Etes-vous actuellement en arrêt de travail ? NON OUI depuis quand ? _____ pour quel(s) motif(s) ? _____
 c) Avez-vous été, durant les 5 dernières années incapable de travailler pendant plus de 3 semaines consécutives ? NON OUI quand ? _____ durée ? _____ pourquoi : _____
 d) Taille : _____ cm Poids usuel : _____ kg Tension artérielle habituelle : _____ / _____
 Variation de poids récente : _____ kg Motif : _____

3. Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des symptômes suivants : Nom de l'affection ou de la maladie: début ? durée ? date de guérison ? séquelles ? commentaires.

| | NON | OUI | |
|---|--------------------------|--------------------------|---|
| a) une maladie infectieuse ou parasitaire ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| b) une maladie sexuellement transmissible Sida ou syndrome apparenté ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| c) une anomalie des lipides ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Taux cholestérol : _____ Taux triglycérides : _____ |
| d) diabète ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Taux glycémie : _____ HBA 1C : _____ |
| e) une maladie du sang ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| f) une atteinte psychique ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| g) une maladie du système nerveux ou des muscles ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| h) une maladie de l'oreille, du nez, de la gorge ou de l'œil ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| i) une maladie de l'appareil cardiovasculaire ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| j) une maladie de l'appareil respiratoire ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| k) une maladie de l'appareil digestif ou des parois de l'abdomen ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| l) une maladie de l'appareil urogénital ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| m) une maladie de la peau ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| n) une maladie des os ou des articulations ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| o) une maladie du dos ou des hanches ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| p) une infirmité, une affection congénitale ou acquise ou anomalie connue ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

4. a) Avez-vous consulté, été soigné ou bénéficié d'un bilan ?

| | NON | OUI | date : | pourquoi ? |
|--|--------------------------|--------------------------|--------|------------|
| en service de médecine ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| en service de chirurgie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| en service de cardiologie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| en service de pneumologie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| en service de neurologie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| en service de psychiatrie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| en service de rhumatologie ou de rééducation fonctionnelle ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| en service de cancérologie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| en service d'obstétrique-maternité ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| autres ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |

TELEVIE



| | NON | OUI | Nom de l'affection : quand ? pourquoi ? commentaires. |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| b) Avez-vous subi un traitement par substances radioactives, par laser ou une chimiothérapie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| c) Avez-vous reçu une ou plusieurs transfusions sanguines ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| d) Avez-vous été accidenté ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| En cas de traumatisme crânien, indiquer s'il y a eu coma ou perte de connaissance et sa durée | | | |
| 5. Etes-vous bénéficiaire d'une rente d'invalidité ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | taux : _____ depuis quand ? _____ motif : _____ |
| <input type="checkbox"/> Civile <input type="checkbox"/> Militaire | | | _____ |
| 6. a) Suivez-vous un traitement prescrit médicalement? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nom des médicaments _____ _____ depuis quand ? _____ |
| b) Recevez-vous des soins prescrits médicalement ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ pourquoi ? _____ |
| c) Bénéficiez-vous d'un suivi psychologique ou psychiatrique ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ pourquoi ? _____ _____ fréquence mensuelle ? _____ |
| d) Au cours des 5 dernières années avez-vous suivi un traitement prescrit médicalement ou avez-vous reçu des soins prescrits médicalement pendant plus de 3 semaines consécutives ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | quand ? _____ pourquoi ? _____ |
| e) Avez-vous consulté un médecin au cours des 12 derniers mois ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | quand ? _____ pourquoi ? _____ |
| 7. Une hospitalisation ou une intervention chirurgicale est-elle prévue ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | quand ? _____ motif : _____ |
| Devez-vous suivre une cure ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | quand ? _____ motif : _____ |
| 8. a) Vous a-t-on fait au cours des 5 dernières années : | | | |
| - un électrocardiogramme ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | quand ? _____ résultat : _____ |
| - une radiographie du thorax ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | quand ? _____ résultat : _____ |
| - une analyse du sang ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | quand ? _____ résultat : _____ |
| - un test de dépistage du Sida ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | quand ? _____ résultat : _____ |
| - un test de dépistage de l'hépatite C ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | quand ? _____ résultat : _____ |
| - un bilan de stérilité ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | quand ? _____ résultat : _____ |
| b) Avez-vous été soumis à d'autres investigations ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | quand ? _____ lesquelles ? _____ |
| (électroencéphalogramme, scanner, IRM, scintigraphie, artériographie, doppler, échographie, arthroscopie, endoscopie digestive) | | | résultats : _____ |
| 9. Pour les femmes : | | | |
| a) Aide à la procréation ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | nombre de tentatives ? _____ dates : _____ |
| b) Grossesses antérieures avec complications | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | nature des complications : _____ |
| c) Etes-vous enceinte ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | de combien de mois ? _____ nature des complications : _____ |
| d) Avez-vous effectué une mammographie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | date : _____ résultats : _____ |
| 10. a) Sports pratiqués : _____ | | | |
| b) Consommation quotidienne de boissons alcoolisées : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | nbre de verres par repas ? _____ en dehors des repas ? _____ |
| c) Tabagisme actif ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | année de début ? _____ unités par jour ? _____ |
| d) Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | lesquels ? _____ (drogues) jusqu'à quand ? _____ |

Je certifie que les réponses consignées ci-dessus sont complètes et sincères et que je n'ai rien dissimulé. Conformément à l'article L. 113.8 du Code des Assurances, toute fausse déclaration intentionnelle de ma part entraînerait la nullité de l'assurance.

Fait à _____ le _____

Signature de la personne à assurer

Pour accélérer le traitement de votre dossier, lorsqu'une opération est déclarée, nous vous invitons à joindre immédiatement le compte-rendu opératoire, le compte-rendu histologique ou anatomopathologique éventuel et les résultats des derniers contrôles à demander à votre médecin traitant. Ces documents ne sont pas nécessaires dans le cas d'une opération pour appendicite, amygdales, végétation, hernies ombilicale, inguinale ou discale. Toutefois dans le cas de hernies, il y a lieu de préciser sur le questionnaire de santé ou le rapport médical lui-même le type de hernie et la date de l'intervention.

Art. L. 113-8 - Le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou 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 par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.



EXAMEN MÉDICAL

Le médecin est prié de répondre à toutes les questions et de commenter les éventuelles anomalies constatées.

- | | NON | OUI | Commentaires |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| 11. a) Avez-vous déjà soigné la personne à assurer ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | quand ? _____ pourquoi ? _____ |
| b) Vous êtes-vous assuré de son identité ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | comment ? _____ |

12. CONSTITUTION

- a) Taille _____ cm (résultat de la mensuration) IMC : _____
- b) Poids _____ kg (résultat de la pesée)
- c) Périmètre du thorax _____ cm en inspiration _____ cm en expiration
- d) Circonférence de l'abdomen _____ cm morphotype : gynoïde androïde
- e) Circonférence aux hanches _____ cm

13. GÉNÉRALITES

- a) Anomalies congénitales ? lesquelles ? _____
- b) Morphotype ou malformations ? lesquelles ? _____

14. HABITUDES

- a) Mode de vie néfaste à la santé ? lesquelles ? _____
- b) Signes suggérant un comportement addictif ? lesquels ? _____

15. SYSTEME ENDOCRINIEN ET METABOLISME

- Anomalie éventuelle ? laquelle ? _____

16. PSYCHIATRIE

- Troubles du comportement ou signes évocateurs d'une affection psychiatrique ? lesquels ? _____

17. SYSTEME NERVEUX ET MUSCLES

- Symptomatologie évocatrice d'une atteinte du système nerveux ou myopathie ? laquelle ? _____

18. ORGANES SENSITIFS

- a) Affection de l'appareil auditif ? laquelle ? _____ D. G.
- Baisse de l'acuité auditive ? degré : _____ D. _____ G. _____
- b) Affection des yeux ? laquelle ? _____
- Nécessité d'une correction ?
- avant correction : OD = _____ OG = _____
- après correction : OD = _____ avec _____ dioptries
- OG = _____ avec _____ dioptries

19. APPAREIL CARDIOVASCULAIRE

- a) Aire cardiaque agrandie ? importance _____
- b) Troubles du rythme ? lesquels ? _____
- c) Bruits du cœur pathologiques ? _____ intensité _____
- d) Souffle cardiaque ?
- systolique siège ? _____ intensité _____
- diastolique siège ? _____ intensité _____
- Irradiation _____
- Organicité ? diagnostic _____
- e) Anomalie des pouls périphériques et carotidiens ?
- siège _____
- droit gauche
- cause _____ importance : _____
- f) Troubles du système veineux, œdème, troubles trophiques, varices ?
- lesquels ? _____ importance : _____



TENSION ARTÉRIELLE : systolique ____ diastolique ____ non traitée Traitement et date : _____

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.

Contrôle éventuel : systolique _____ diastolique _____ pulsations _____ / mn

NON OUI Commentaires

20. APPAREIL RESPIRATOIRE

- a) Anomalie auscultatoire ? laquelle ? _____
- b) Peak flow ? valeur : _____
- c) Examen radiologique ? résultat : _____

21. APPAREIL DIGESTIF

- a) Pathologie du cavum ? laquelle ? _____
- b) Organomégalie ? hépatomégalie : _____
splénomégalie : _____
de combien de cm ? _____ consistance : _____
palpable sur _____ cm _____ cause : _____
- c) Hernie, éventration ? siège : _____ bilatérale : non oui
- d) Un test de dépistage des cancers recto-coliques a-t-il été effectué ? date : _____ résultats : _____

22. APPAREIL UROGÉNITAL

- a) Examen de l'urine : albumine dosage éventuel : _____ g/l _____ autres substances anormales
(l'urine doit être émise chez le médecin) sucre dosage éventuel : _____ g/l _____
sang _____
leucocytes _____
- b) Affection des organes génitaux ? laquelle ? _____
- c) Affection des seins ? laquelle ? _____

23. PEAU

Affection cutanée ou des phanères ? laquelle ? _____

24. ADENOPATHIES

topographie : _____
consistance : _____

25. OS, ARTICULATION ET TISSU CONJONCTIF

Pathologie locomotrice ? membre supérieur : arthrose autre (préciser) : _____
membre inférieur : arthrose autre (préciser) : _____
rachis : arthrose autre (préciser) : _____

26. CONCLUSION

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

Les honoraires ont été acquittés par le proposant. Montant réglé : _____ Les honoraires n'ont pas été réglés. Montant dû* : _____
* en conformité avec les pratiques usuelles d'un maximum de 5C

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 _____ 20 _____ Le médecin-examineur : _____