

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



C : COURTAGE

Votre spécialiste en assurance de prêt



Union Générale Inter-Professionnelle

Services Administratifs : 22-24, rue Saint-Georges 75009 PARIS

Tél.: 01.44.53.49.99 - Fax : 01.42.81.31.23

RAPPORT MEDICAL

A RETOURNER SOUS PLI CONFIDENTIEL A MONSIEUR LE MEDECIN CONSEIL

AVIS IMPORTANT AU MEDECIN EXAMINATEUR : il doit être répondu précisément à TOUTES LES QUESTIONS. Les traits tirés et les mentions R.A.S. ne sont pas considérés comme réponses.

Etes-vous le médecin habituel de la personne à assurer ? oui non

Si oui depuis quand ?

Nom du proposant : Prénom :

Date de naissance : Nationalité :

Adresse :

Profession (également activité à temps partiel s'il y a lieu) : indiquer clairement ses caractéristiques principales en ce qui concerne les risques professionnels et les déplacements :

Profession antérieure, s'il y a lieu, et raison du changement, ou si retraité :

Pièce d'identité présentée : type : n°:



Tension artérielle à prendre avant l'examen du proposant

TENSION ARTERIELLE : Systolique Diastolique

QUESTIONS A POSER AU PROPOSANT

I - Avez-vous connaissance de maladies graves ou décès consécutifs à une maladie telle qu'une maladie cardiaque, un accident cérébro-vasculaire, une affection rénale, un cancer ou un diabète chez vos proches parents (père - mère - frère - sœur) avant l'âge de 60 ans ?

NON OUI si OUI remplir le cadre

PARENTE	AGE ACTUEL	OU AGE AU DECES	NATURE DE LA MALADIE OU CAUSE DU DECES
.....
.....
.....

2 - Passé pathologique

A) Maladies

● de l'appareil respiratoire	NON	OUI	si OUI préciser nature - date - durée - traitement - état actuel
Insuffisance respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Affection pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleurésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculose pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre localisation de tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

● de l'appareil circulatoire	NON	OUI	si OUI préciser nature - date - durée - traitement - état actuel
Maladie du cœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie des artères ou des veines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

● de l'appareil digestif ou de l'abdomen	NON	OUI	si OUI préciser nature - date - durée - traitement - état actuel
Maladie du tube digestif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie du foie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulcère gastroduodénal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coliques hépatiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie du pancréas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

● de l'appareil génito-urinaire	NON	OUI	si OUI préciser nature - date - durée - traitement - état actuel
Coliques néphrétiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hématuries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Albumine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



● endocrinienne ou du sang	NON	OUI	si OUI préciser nature - date - durée - traitement - état actuel
Cholestérol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crise de goutte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

● du système nerveux	NON	OUI	si OUI préciser nature - date - durée - traitement - état actuel
Vertiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsions - paralysie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crises de dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles psychiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres maladies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

● Allergique	NON	OUI	si OUI préciser nature - date - durée - traitement - état actuel
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhume des foins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eczéma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

● des articulations	NON	OUI	si OUI préciser nature - date - durée - traitement - état actuel
Rhumatismes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lombalgies - sciatiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres maladies ostéo-articulaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

● transmissible	NON	OUI	si OUI préciser nature - date - durée - traitement - état actuel
Syphilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite B ou C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● Avez-vous subi un test HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B) Interventions chirurgicales effectuées ou prévues	NON	OUI	si OUI préciser date - cause - nature de l'intervention - résultats des examens histologiques - séquelles
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



C) Accident corporel	NON	OUI	si OUI préciser date - taux d'invalidité - nature - séquelles
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D) Séjour en hôpital	NON	OUI	si OUI préciser date - motif - traitement réalisé - séquelles
Etablissement de soins, ou de repos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E) Traitements suivis	NON	OUI	si OUI préciser motif - lesquels - depuis quand
Prenez-vous régulièrement des traitements ou drogues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suivez-vous un régime ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous subi un scanner, une IRM, un bilan de santé, un électroencéphalogramme, des radiographies ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	si OUI préciser nature des examens - date - résultats
Avez-vous été traité par chimio- radiothérapie - insuline - anticoagulants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	si OUI préciser date - motif - résultats (joindre C.R. médical)

F) Avez-vous des problèmes de santé ?	NON	OUI	si OUI préciser lesquels
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous consulté un médecin au cours des 5 dernières années?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	si OUI préciser le motif
Avez-vous été en arrêt de travail plus de 15 jours au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	si OUI préciser le motif, date de début et de fin d'arrêt
Votre poids a-t-il varié au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	si OUI de combien

G) Consommez-vous :	NON	OUI	si OUI consommation chiffrée par jour
de tabac ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de l'alcool ? (vin, bière, autres boissons)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des tranquillisants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des stupéfiants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



3 - Questions spécifiques aux femmes		NON	OUI	si OUI préciser nature - affection - date - traitement - état actuel
Maladie de l'utérus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie des ovaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre de grossesses			
Nombre d'accouchements			
Accouchements à terme, normaux et sans complications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	si OUI de combien de semaines

4 - Avez-vous déjà demandé		NON	OUI	si OUI préciser - montant et but - date
A souscrire une assurance-vie ? (Décès - Incapacité - Invalidité)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été refusé, ajourné ou accepté avec surprime ou exclusion ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	si OUI préciser les motifs

5 - Etes-vous titulaire d'une pension d'invalidité		NON	OUI	si OUI préciser à quel titre et le % invalidité retenu
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 - Autres déclarations		NON	OUI	si OUI préciser lesquelles
à faire concernant votre santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je soussigné(e)..... certifie que le présent questionnaire a été complété par mes soins sous la dictée du proposant qui a apposé sa signature en ma présence.
Signature du médecin + cachet :

Je soussigné certifie que les réponses sont sincères et véritables et affirme n'avoir rien dissimulé qui puisse induire en erreur la société d'assurance et risquer de fausser la décision qu'elle doit prendre au sujet de l'assurance proposée. Je déclare avoir pris connaissance de l'extrait de l'article 113-8 du code des assurances reproduit ci-après.

ART. L.113-8 : Indépendamment des causes ordinaires de NULLITE et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26, LE CONTRAT EST NUL en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré quand cette réticence ou cette déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur.

Fait à Le signature précédée de la mention «Lu et approuvé»

A compléter par l'Assuré



EXAMEN MEDICAL DU PROPOSANT

(répondre à toutes les questions avec précision. Au besoin ajouter un feuillet.)

I - Aspect général

Teint normal
Etat de la peau normal
Eruptions, cicatrices, eczéma NON

Paraît-il son âge ? OUI
Y a-t-il des signes suggérant la consommation excessive d'alcool, de tabac, de médicaments, l'usage de stupéfiants ? NON

Sa musculature présente-t-elle une anomalie ? NON
Maigreur, obésité NON

Taille (chaussé ou non) :

Poids (vêtu ou non) :

Périmètre thoracique : - en inspiration :
- en expiration :

Périmètre ombilical :

si vous cochez une case dans cette colonne, merci d'apporter votre commentaire et préciser éventuellement les dates

autre commentaire

autre commentaire

OUI : localisation, commentaire

NON commentaire

OUI lesquels, commentaire

OUI commentaire

OUI commentaire

2 - Système nerveux

Troubles psychopathologiques ou psychiatriques NON
Trouble de la parole NON
Trouble de la marche NON
Tremblement NON
Trouble de l'équilibre NON
Paralysie NON
Réflexes rotuliens et achilléens normaux

OUI commentaire

OUI commentaire

OUI commentaire

OUI commentaire

OUI commentaire

OUI commentaire

autres

3 - Appareil respiratoire

Troubles fonctionnels NON
(voix, dyspnée, toux, crachats, hémoptysie...)

Anomalie de la conformation générale du thorax NON

Examen clinique OUI commentaire

Anomalie de l'examen radioscopique éventuel NON OUI commentaire

4 - Appareil circulatoire

Vérification de la tension artérielle systolique et diastolique prise en début d'examen :

Tension artérielle : systolique

diastolique

Fréquence du pouls : / minute

Arythmie NON

OUI commentaire

Troubles fonctionnels (dyspnée, palpitations, douleurs, syncopes) NON

OUI commentaire

Bruits du cœur : anomalies constatées? NON

OUI commentaire

Hypertrophie cardiaque NON

OUI commentaire + préciser les signes de décompression cardiaque

Tolérance à l'effort Normale

OUI autre commentaire

Anomalie du système veineux NON

OUI commentaire

Oedème des jambes NON

OUI commentaire

Examen radioscopique éventuel NON

OUI commentaire

5 - Organes des sens

Troubles oculaires NON

OUI commentaire

AVANT CORRECTION OD : / 10 - OG : / 10

APRES CORRECTION OD : / 10 - OG : / 10

Troubles auditifs NON

OUI commentaire

Vertiges, bourdonnements NON

OUI commentaire

Otorrhée NON

OUI commentaire

6 - Appareil digestif et annexes

Troubles digestifs NON

OUI commentaire

Trouble du transit NON

OUI commentaire

Trouble du colon ou du grêle NON

OUI commentaire

Anomalie de la dentition NON

OUI commentaire

Anomalie de la langue NON

OUI commentaire

Anomalie du palais NON

OUI commentaire

Anomalie du pharynx NON

OUI commentaire

Palpation et percussion du foie et de la rate normaux

Autres commentaire

Ictère NON

OUI commentaire

Hernie, éventration NON

OUI commentaire

Masse abdominale palpable NON

OUI commentaire

7 - Etat des os, articulations, rachis

Troubles de la statique vertébrale NON

OUI commentaire

Arthrose constatée NON

OUI commentaire + préciser la localisation, ancienneté et stade évolutif

Autres articulations NON

OUI commentaire

Autres maladies ostéo-articulaires NON

OUI commentaire

8 - Ganglions lymphatiques

anormaux NON

OUI commentaire (siège, volume, consistance, mobilité)



9- Système endocrinien

Diabète	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	commentaire
Goitre	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	commentaire
Troubles thyroïdiens	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	commentaire
Autres anomalies	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	commentaire

10 - Pour les hommes

Anomalie de la prostate (TR pour les + de 70 ans)	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	commentaire
Mictions nocturnes	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	commentaire
Altération des organes génito-urinaires	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	commentaire

11 - Pour les femmes

Anomalie de la palpation des seins (volume, sensibilité)	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	commentaire
Existe-t-il des indices suggérant une affection des organes génitaux	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	commentaire
Signe de grossesse	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	commentaire

12 - Examen des urines réalisé par le médecin examinateur

A - Sucre		A
B - Albumine	Résultats	B
C - Sang		C
D - Pus		D

13 - Conclusions

Pensez-vous que l'état de santé de la personne à assurer :

constitue un risque aggravé ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	commentaire
Emettez-vous des réserves			
a) sur la longévité ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	lesquelles
b) sur des risques d'arrêt de travail ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	lesquelles
c) sur des risques d'invalidité partielle ou totale ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	lesquelles

A REMPLIR TRES LISIBLEMENT

Il est d'usage que l'Assuré fasse l'avance des frais médicaux. Ceux-ci sont remboursés selon les conditions de l'Organisme Assureur.

Nom du Médecin :

Signature, cachet

Adresse :

Montant des honoraires : (maximum 5 C)

Date :