

RAPPORT MÉDICAL

Nom : Prénoms :

Date et lieu de naissance : Situation de famille :

Adresse : Code Postal : Ville :

Profession actuelle : Références contrat :

DÉCLARATIONS DE LA PERSONNE À ASSURER, RECUEILLIES ET INSCRITES PAR LE MÉDECIN

Ces déclarations doivent comporter une réponse à toutes les questions (les traits et les mentions RAS ne sont pas considérés comme des réponses) et être impérativement datées et signées, faute de quoi l'assureur ne pourrait vous garantir.

Très important : Article L.113-8 du Code des assurances : Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26, le contrat d'assurance est nul, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré(e), 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(e) a été sans influence sur le sinistre.

1 - Êtes-vous actuellement en arrêt de travail total ou partiel sur prescription médicale pour raison de santé (hors congé légal de maternité) ? non oui Depuis quelle date ?
Cause :

2 - Au cours des 5 dernières années, avez-vous été en arrêt de travail total ou partiel sur prescription médicale pour raison de santé pendant plus de 3 semaines ? non oui Date(s) :
Cause(s) :
Date(s) de reprise :

3 - Bénéficiez-vous d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une d'invalidité ? non oui Quel taux ou quelle catégorie ?
Date d'attribution :
Cause :
A quel titre ? Régime général Militaire
 Maladie professionnelle Accident du travail

4 - Présentez-vous une infirmité ou un handicap ? non oui Précisez :
Origine :

5 - Avez-vous été ou êtes-vous pris(e) en charge à 100 % (exonération du ticket modérateur/remboursement à 100 % des frais médicaux) pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale (Sécurité Sociale, Mutualité Sociale Agricole, ...) ? non oui Pour quelle raison ?
Date d'attribution de la 1ère exonération :

6 - Avez-vous été victime d'accidents ? non oui Date(s) :
Nature et localisation des blessures éventuelles :
Subsiste-t-il des séquelles ?
Lesquelles :

7 - Avez-vous été hospitalisé(e) ? non oui Date(s) :
Cause(s) :

8 - Avez-vous subi des interventions chirurgicales y compris sous anesthésie locale ou par endoscopie (hormis chirurgie dentaire) ? non oui Lesquelles ?
Pourquoi ?
Date(s) :

9 - Avez-vous subi un traitement par rayons, laser ou chimiothérapie ? non oui Date(s) :
Cause(s) :
Traitement :

10 - Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu :
- plus de 3 arrêts de travail sur prescription médicale quelle qu'en soit la durée ? non oui Précisez :
Date(s) :
- des examens médicaux dans un autre cadre que celui de la prévention systématique (exemples : doppler, ECG, EFR, prises de sang, endoscopie, imagerie médicale, radiographie, scanner, ...) non oui Date(s) :
Nature :
Cause(s) :
Résultats :

11 - Avez-vous suivi des traitements médicaux de plus de 30 jours au cours des 2 dernières années ou suivez-vous un traitement médical actuellement ? non oui Date(s) :
Nature :
Cause(s) :

12 - Avez-vous consulté un médecin au cours des 3 derniers mois ? non oui Date(s) :
Cause(s) :

13 - Consommez-vous des boissons alcoolisées (apéritifs, bière, digestifs, vin) ? non oui Lesquelles : vin bière apéritifs digestifs autres
Quantité par jour :

14 - Fumez-vous ? non oui Depuis quand ? Nombre de cigarettes / jour :
Nombre de cigares / jour :
Nombre de pipes / jour :

Utilisez-vous un vapoteur (exemples : cigarette électronique, cigare électronique, pipe électronique, ...) ? non oui

15 - Avez-vous fumé ? non oui Quantité / jour : Durée en années :
Date d'arrêt : Motif :

- 16** - Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité à l'un des virus de l'immunodéficience humaine (VIH), de l'hépatite B (VHB), de l'hépatite C (VHC) dont l'un des résultats indique la mention « positif » ? non oui
Lequel ou lesquels ?
A quelle(s) date(s) ?
- 17** - À votre connaissance, devez-vous dans les **6 prochains mois** consulter un spécialiste, passer des examens médicaux, être hospitalisé(e) ou subir une intervention chirurgicale ? non oui
Pourquoi ?
Date(s) :
Nature des examens :
Type d'intervention chirurgicale :

AVEZ-VOUS SOUFFERT OU SOUFFREZ-VOUS D'UNE

- 18** - Affection respiratoire ou pulmonaire (exemples : allergie, asthme, bronchite, embolie pulmonaire, emphyseme, pleurésie, pneumonie, tuberculose...) ? non oui
Laquelle ?
Date d'apparition :
Nombre de crises par an :
- 19** - Affection neurologique ou cérébrale ou neuromusculaire (exemples : anévrisme, accident vasculaire cérébral, épilepsie, fibromyalgie, sclérose en plaques, méningite, myopathie, paralysie même passagère...) ? non oui
Laquelle ?
Date d'apparition :
En cas d'épilepsie, nombre de crises par an :
- 20** - Affection psychique (exemples : anxiété, dépression nerveuse, fatigue, insomnies, stress, surmenage, trouble du comportement...) ? non oui
Laquelle ?
Traitement, durée et date :
- 21** - Affection du cœur ou des vaisseaux (exemples : artérite, douleurs thoraciques, hypertension artérielle, infarctus, insuffisance coronarienne, malformation, œdème, palpitations, phlébite, souffle, troubles du rythme...) ? non oui
Laquelle ?
Date(s) :
- 22** - Affection digestive ou hépatique (exemples : cirrhose, colopathie, constipation, Crohn, diarrhée, diverticules, hernie hiatale, hépatite, brûlures digestives, pancréatite, parasitose, polypes, rectocolite hémorragique, rectorragies, ulcère...) ? non oui
Laquelle ?
Date(s) :
- 23** - Affection rénale ou urinaire (exemples : albuminurie, calculs, coliques néphrétiques, dialyse, hématurie, kystes rénaux, néphrite...) ? non oui
Laquelle ?
Date(s) :
- 24** - Affection rhumatismale inflammatoire (exemples : pelvispondylite, polyarthrite rhumatoïde, rhumatisme psoriasique, spondylarthrite...) ? non oui
Laquelle ?
Date(s) :
- 25** - Affection ostéo-articulaire (colonne vertébrale ou autres articulations) (exemples : algodystrophie, arthrose, hernie discale, lombalgies, ostéoporose, prothèse, rupture ligamentaire, sciatique, scoliose, tassement vertébral...) ? non oui
Laquelle ?
Date(s) :
- 26** - Affection endocrinienne ou du métabolisme (exemples : affection de la thyroïde, cholestérol, diabète, dyslipidémie, goutte) ? non oui
Laquelle ?
Date(s) :
- 27** - Affection sanguine ou ganglionnaire (exemples : adénopathies, anémie, hémochromatose, hémophilie, leucémie, polyglobulie, splénomégalie, troubles de la coagulation...) ? non oui
Laquelle ?
Date(s) :
- 28** - Affection cutanée (exemples : eczéma, herpès, kyste, lupus, mycose, nævus, psoriasis, purpura, zona...) ? non oui
Laquelle ?
Date(s) :
- 29** - Affection des yeux ou ORL (exemples : cataracte, glaucome, laryngite, otite, rétinopathie, sinusite, vertiges...) ? non oui
Laquelle ?
Date(s) :

QUESTIONS RÉSERVÉES AUX PERSONNES DU SEXE FÉMININ

- 30** - Avez-vous été ou êtes-vous atteinte d'une affection génitale et/ou mammaire ? non oui
Laquelle ?
Date de la dernière consultation :
- 31** - Avez-vous déjà subi une mammographie ou une échographie pelvienne ? non oui
Mammographie Échographie
Pourquoi ?
Date(s) : Résultat (le joindre) :
- 32** - Êtes-vous enceinte ? non oui
Grossesse normale : non oui
De combien de mois ?
Césarienne prévue : non oui

Les données personnelles concernant votre santé sont traitées dans le respect de la loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978 modifiée. Vous en acceptez expressément le recueil et le traitement nécessaires à la gestion de votre adhésion et de vos garanties.

Ces données sont traitées dans le respect du secret médical. Elles sont exclusivement destinées au médecin-conseil de l'assureur et à son service médical. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition en vous adressant par courrier postal accompagné d'une photocopie d'une pièce d'identité au médecin-conseil de l'assureur - Service Médical Collectives - Immeuble Michelet - 4-8 Cours Michelet - 92082 La Défense Cedex.

Je soussigné(e) Docteur
certifie avoir lu à la personne à assurer l'ensemble des questions du présent questionnaire et avoir exactement inscrit en face de chaque question la réponse qu'elle y a apportée
• atteste que la signature de M a été apposée en ma présence.

A le

Signature et cachet du Médecin examinateur

Je soussigné(e) M
certifie que les réponses au présent questionnaire ont été inscrites en ma présence et qu'elles sont exactement celles que j'ai apportées aux questions posées.
Je sais que mes déclarations exactes et sincères servent de base à mon adhésion au contrat.

A le

Signature de la personne à assurer

Nous vous demandons d'avoir l'obligeance de ne communiquer à la personne aucun avis qui puisse préjuger de la décision de l'assureur.

1 ASPECT GÉNÉRAL

● Taille : cm Poids : kg

● Variation de poids au cours de la dernière année ? **non** **oui** Amaigrissement : kg Prise de poids : kg
 Cause :

● Périmètre thoracique : En inspiration : En expiration :

● Circonférence : Ombilicale : Hanches :

● Présence de lésions cutanées (*exemples : naevi, grains de beauté suspects...*) ou de cicatrices ? **non** **oui** Précisions :

● Signes d'alcoolisme ou d'intoxications diverses ? **non** **oui** Lesquels ?

2 SYSTEME NERVEUX ET MUSCLES

● Constatez-vous une symptomatologie évocatrice d'une atteinte du système nerveux ou d'une myopathie ? **non** **oui** Laquelle ?

3 PSYCHIATRIE

● Y a-t-il des troubles du comportement ou du raisonnement ou de la thymie ou des signes pouvant évoquer une affection psychiatrique ou neuropsychique ? **non** **oui** Lesquels ?

4 ORGANES SENSITIFS

● Existence d'un trouble ou défaut de la vue ? **non** **oui** Lequel ?
 avant correction OD OG
après correction OD avec dioptries
OG avec dioptries

● Baisse de l'acuité auditive ? **non** **oui** Uni ou bilatérale ?
 Totale ou partielle ?

● Autre affection des oreilles ? **non** **oui** Laquelle ?

5 APPAREIL RESPIRATOIRE

● Votre examen met-il en évidence une anomalie ? **non** **oui** Laquelle ?

6 EXAMEN CARDIO-VASCULAIRE

● Existence d'une anomalie de l'auscultation cardiaque ? **non** **oui** Laquelle ?

● Existence d'une anomalie à l'auscultation des troncs artériels (*carotides, axes iliofémoraux*) ? **non** **oui** Laquelle ?

● Existence de troubles du rythme ? **non** **oui** Lesquels ?

● Existence d'une anomalie à la palpation des pouls périphériques ? **non** **oui** Précisez :

● Troubles du système veineux, œdèmes, troubles trophiques ? **non** **oui** Lesquels ?

● TENSION ARTÉRIELLE systolique droite : diastolique droite :
systolique gauche : diastolique gauche :

Est-elle traitée ? **non** **oui** Si oui, nature du traitement :

Si vous constatez une hypertension artérielle, veuillez effectuer un contrôle après repos : systolique droite : diastolique droite :
systolique gauche : diastolique gauche :

● FRÉQUENCE DU POULS : /mn

7 APPAREIL DIGESTIF ET ANNEXES

- La bouche et la gorge ont-elles un aspect pathologique ? non oui Lequel ?

- La palpation de l'abdomen décèle-t-elle un état pathologique ? non oui Lequel ?

- Présence d'une hépatomégalie ? non oui De combien de cm : consistance :

- Présence d'une splénomégalie ? non oui Palpable sur cm

- Existence d'une hernie ou d'une éventration ? non oui Description :

8 ETAT DES OS ET ARTICULATIONS

- Anomalies au niveau des os, des articulations, de la colonne vertébrale (*déformation, Lasègue, mobilité, signes inflammatoires...*) ? non oui Lesquelles ?

9 GLANDES ENDOCRINES

- Signes de dysfonctionnement ? non oui Lesquels ?

- Existence d'anomalies à la palpation ? non oui Lesquelles ?

10 GANGLIONS LYMPHATIQUES

- Existence d'anomalies à la palpation ? non oui Lesquelles ?

11 APPAREIL GENITO-URINAIRE

- Résultats de l'examen des urines effectué par vos soins par bandelette : *(tout échantillon amené par la personne à assurer est à jeter)*
Protéines : non oui Sucre : non oui Leucocytes : non oui Sang : non oui

- Existence d'une anomalie à la palpation des reins ? non oui Laquelle ?

- Existence d'une anomalie des seins ou des testicules ? non oui Laquelle ?

12 En tant que Médecin Examineur, connaissez-vous la personne examinée ?

- non oui Si oui, à quel titre ?
- Si non, **vérification d'identité obligatoire**
 Carte d'identité Passeport

13 Nom et Adresse du Médecin traitant :

.....

.....

.....

OBSERVATIONS ÉVENTUELLES

.....

.....

.....

.....

Fait à le **Signature et cachet du Médecin Examineur**

À L'ATTENTION DU MÉDECIN EXAMINATEUR

Ce rapport médical (4 pages) doit être adressé au Médecin Conseil de l'assureur au moyen de l'enveloppe ci-jointe accompagné de la note d'honoraires dûment complétée dont le montant sera pris en charge par l'assureur, à concurrence d'un maximum de 4 fois le montant de la consultation conventionnée. Les frais éventuels de déplacement ne sont pas pris en charge par l'assureur.

IMPORTANT : Veuillez vérifier que ce rapport a bien été complété en totalité, daté et signé, par la personne à assurer et vous-même (inclus l'apposition de votre cachet) et qu'il comporte les références du contrat ; ce contrôle **permettra un gain de temps** pour le traitement du dossier de la personne à assurer.

NOTE D'HONORAIRES (voir au verso)

(À remplir lisiblement pour accélérer le règlement)

NOM ET PRÉNOM DU MÉDECIN :

ADRESSE :

CODE POSTAL / BUREAU DISTRIBUTEUR :

M., Mme, Mlle / NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ(E) :

Les honoraires ont-ils été réglés par l'assuré ? oui non (si oui, indiquer ci-dessous son adresse)

ADRESSE :

CODE POSTAL / BUREAU DISTRIBUTEUR :

HONORAIRES DÛS : EUROS

DATE DE L'EXAMEN :

CADRE RÉSERVÉ À LA COMPAGNIE

Contrat n° :

Date opération :

Fait à : le

Signature du médecin examinateur