

Rapport du Médecin examinateur

N° de contrat

M. le Docteur

Identité	
Nom et prénom	Nom de jeune fille
Date et lieu de naissance	Nationalité
Situation de famille	Profession actuelle
Adresse	

Déclarations de la personne à assurer recueillies et rédigées par le Médecin examinateur

NON OUI Cochez et, si réponse positive, complétez la zone située à droite de la question.

1. Sports pratiqués régulièrement ? NON OUI ➔ Lesquels ?
 En compétition ?
- Consommez-vous des boissons alcoolisées ? NON OUI ➔ Quantité par jour :
- Fumez-vous ? NON OUI ➔ Quantité par jour :
- Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants (drogues) ? NON OUI ➔ Lesquels ?
 Jusqu'à quand ?
- Taille : cm • Poids : kg • Tension artérielle : Maxi : Mini : Est-elle traitée ? : NON OUI

2. Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des symptômes suivants : Laquelle ? Quand ? Durée du traitement ?
- tuberculose, infections sexuellement transmissibles, infection consécutive au syndrome d'immuno-déficience acquise, hépatite(s) virale(s) ou toute autre maladie infectieuse ou parasitaire ? NON OUI ➔
 - diabète, hypercholestérolémie, affection de la thyroïde ou toute autre atteinte du système endocrinien ? NON OUI ➔
 - anémie, anomalie de la coagulation, leucémie ou toute autre maladie du sang ? NON OUI ➔
 - dépression, stress, troubles anxieux, troubles de l'humeur, tentative de suicide, psychose, schizophrénie, anorexie mentale, boulimie, retard mental ou toute autre atteinte psychiatrique ? NON OUI ➔
 - accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire, épilepsie, sclérose en plaques, paralysie, myopathie ou toute autre maladie du système nerveux ou des muscles ? NON OUI ➔
 - surdité, troubles de la vue ou toute autre maladie de l'oreille, du nez, de la gorge ou de l'œil ? NON OUI ➔
 - malformation cardiaque, maladie coronarienne, infarctus du myocarde, hypertension artérielle, troubles du rythme, valvulopathies, artérite, souffle carotidien, varices ou toute autre maladie de l'appareil cardiovasculaire ? NON OUI ➔
 - bronchite chronique, asthme, emphysème, embolie pulmonaire ou toute autre maladie de l'appareil respiratoire ? NON OUI ➔
 - affections hépatiques, de la vésicule ou des voies biliaires, du pancréas ou toute autre atteinte de l'abdomen ? NON OUI ➔
 - affections de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin, du côlon, du rectum, de l'anus, hernie ou toute autre maladie de l'appareil digestif ? NON OUI ➔
 - affections des reins, des voies urinaires y compris la vessie, des organes génitaux ou toute autre maladie de l'appareil urogénital ? NON OUI ➔
 - affections ou maladie de la peau ? NON OUI ➔
 - polyarthrite rhumatoïde, hernie discale, lumbago, sciaticque, arthrose, lupus érythémateux disséminé, connectivite ou toute autre maladie des os ou des articulations, ou maladies auto-immunes ? NON OUI ➔
 - tumeur bénigne et/ou maligne ? NON OUI ➔
 - toute autre maladie ou infirmité non citée plus haut ? NON OUI ➔

3. ● Avez-vous eu un accident ? *Quand ?*
- Nature des blessures ?* NON OUI ➔ *Séquelles ?*
- Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? NON OUI ➔ *Quand ? Nature exacte ?*
- Avez-vous subi un traitement par radiothérapie, une chimiothérapie, une transfusion sanguine ? NON OUI ➔ *Quand ? Nature exacte ?*
- Avez-vous été hospitalisé (hôpital, clinique, maison de repos, établissement de cure) ? NON OUI ➔ *Quand ? Pourquoi ? Durée ?*
4. Avez-vous effectué au cours des 5 dernières années :
- un électrocardiogramme ? NON OUI ➔
- des examens sanguins ? NON OUI ➔
- des radiographies, scanner, IRM, échographie, scintigraphie ou autres examens ? NON OUI ➔
5. Avez-vous fait l'objet d'un test de dépistage des sérologies portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur le virus de l'immunodéficience humaine (HIV) dont le résultat a été positif ? NON OUI ➔ *Quand ? Lequel ? Résultats ?*
6. Vous a-t-on prescrit un traitement médical de plus de 21 jours au cours des 10 dernières années ? NON OUI ➔ *Lequel ? Pourquoi ?*
7. Suivez-vous actuellement un traitement médical ? NON OUI ➔ *Lequel ? Pourquoi ? Depuis quand ?*
- À votre connaissance devez-vous :
- être hospitalisé ? NON OUI ➔ *Quand ? Pourquoi ?*
- subir une intervention chirurgicale ? NON OUI ➔
- subir un examen ou une consultation à visée diagnostique ? NON OUI ➔
8. Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours au cours des 10 dernières années sur prescription médicale pour raison de santé ? NON OUI ➔ *Pourquoi ? Depuis quand ?*
9. Êtes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale, pour raison de santé ? NON OUI ➔
10. Êtes-vous titulaire :
- d'une pension, rente ou allocation au titre d'une incapacité au travail ou d'une invalidité ? NON OUI ➔ *Pourquoi ? Depuis quelle date ? Taux ?*
- de l'Allocation pour adulte handicapé (AAH) ? NON OUI ➔
- Quel est l'organisme qui vous verse la prestation ?*
11. Ressentez-vous une gêne particulière qui entraîne une limitation dans la réalisation des activités de la vie quotidienne ? NON OUI ➔ *Laquelle ?*
12. Êtes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100 % pour raison médicale par un organisme de Sécurité sociale au cours des 15 dernières années ? NON OUI ➔ *Quand ? Pourquoi ? Durée ?*
13. Pour les personnes de sexe féminin :
- Êtes-vous enceinte actuellement ? NON OUI ➔ *De combien de mois ?*
- Votre ou vos grossesses antérieures ont-elles été difficiles ou suivies d'incidents ? NON OUI ➔ *Complications éventuelles : Combien ?*
14. Êtes-vous déjà titulaire de contrat(s) d'assurance-décès ou de tels contrats sont-ils en cours de souscription ? NON OUI ➔ *Montant des capitaux garantis :* €
- Encours de prêts déjà assurés : NON OUI ➔ *Chez Swiss Life :* €
- Avez-vous fait l'objet d'un refus, d'un ajournement, d'une restriction ou d'une surprime pour ce contrat ? NON OUI ➔ *Chez d'autres assureurs :* €
- Pourquoi ?*
15. Avez-vous autre chose à déclarer concernant votre état de santé ?
- Quel est votre médecin habituel (nom et adresse) ?**

Mes déclarations serviront de base aux conditions de mon acceptation à l'assurance. Toute réticence ou fausse déclaration entraînerait la nullité des garanties de l'adhésion, leur résiliation ou leur réduction en application des articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances.

Date et signature de la personne à assurer

Visa du Médecin examinateur

Rapport du Médecin examinateur

IMPORTANT : L'Assureur invite le Médecin à s'abstenir, à l'égard de la personne à assurer, de toute remarque qui pourrait faire préjuger de la décision de l'Assureur.

NOM : Prénom : Date de naissance :

EXAMEN CLINIQUE DE LA PERSONNE À ASSURER

Le médecin est prié de répondre à TOUTES les questions et de commenter les éventuelles anomalies constatées (au besoin, ajouter un feuillet).

1. Constitution / Généralités

- Taille
- Poids
- Périmètre abdominal
- Constatez-vous la présence de malformations ?..... NON OUI → Lesquelles ?
- Résultat de l'inspection

2. Examen cardio-vasculaire

- Pression artérielle (*) Systolique Diastolique
- Fréquence cardiaque (*) /minute
- Constatez-vous la présence :
 - ▶ d'une arythmie ? NON OUI → Caractéristiques :
 - ▶ d'un souffle ? NON OUI →
 - Sièges : Cœur Vaisseaux
 - Caractéristiques : Systolique Diastolique
 - Organique Fonctionnel
 - Intensité :
 - ▶ d'une abolition des pouls périphériques ? NON OUI → Sièges :
 - ▶ de varices ? NON OUI → Sièges et tolérance :

3. Examen pulmonaire

Résultat de l'auscultation et de la percussion

4. Examen de l'appareil digestif

Constatez-vous à la palpation de l'abdomen, la présence :

- ▶ d'une hépatomégalie ? NON OUI → Caractéristiques :
- ▶ d'une splénomégalie ? NON OUI → Caractéristiques :
- ▶ d'une hernie ? NON OUI → Sièges et importance :

5. Examen ORL

Constatez-vous la présence d'une affection :

- ▶ auditive ? NON OUI → Laquelle ?
- ▶ de la langue, du pharynx, des amygdales ? NON OUI →
- ▶ de la thyroïde ? NON OUI →

6. Examen ophtalmologique

Constatez-vous la présence d'une affection visuelle ? NON OUI → Laquelle ?

Acuité visuelle : Avant correction : OD /10 OG /10
Après correction : OD /10 OG /10

7. Examen ostéo-articulaire

- Constatez-vous la présence d'une pathologie ostéo-articulaire ou rachidienne ?..... NON OUI → Laquelle ?
- La mobilité du rachis est-elle réduite ? (flexion, extension, latéralité) NON OUI →
- Distance main - sol.....
- Signe de Lasègue ? NON OUI →
- Existe-t-il une contracture paravertébrale ? NON OUI → Sièges
- Des examens radiographiques ont-ils été pratiqués ? NON OUI → Lesquels, dates et résultats :

8. Appareil uro-génital

Pour les femmes :

- Date et résultat du dernier frottis cervico-vaginal
- Date et résultat de la dernière mammographie
- Résultat de l'examen des seins

Pour les hommes :

- Existe-t-il des indices d'une affection des organes génitaux et / ou urinaires ? NON OUI → Lesquels ?

9. Examen neuro-psychiatrique

Constatez-vous :

- La présence d'une anomalie des réflexes ostéo-tendineux ou pupillaires, de la sensibilité profonde ou superficielle ? NON OUI → Lesquelles ?
- La présence d'un signe de Babinski, d'un signe de Romberg, d'un nystagmus, de vertiges ou de signes d'insuffisance vasculaire cérébrale ? NON OUI → Lesquels ?
- La présence d'une spasmophilie ou d'une tétanie ? NON OUI →
- La présence de troubles du comportement (anxiété, syndrome dépressif) ? NON OUI → Lesquels ?

10. Examen dermatologique

Constatez-vous la présence d'un état pathologique ? NON OUI → Caractéristiques :

11. Examen des aires ganglionnaires

Constatez-vous la présence d'adénopathies ? NON OUI → Siège et caractéristiques :

12. Remarques et conclusion

À la suite de l'examen que vous venez de pratiquer :

- Des investigations complémentaires sont-elles souhaitables ? Si oui, lesquelles ?
- Un traitement médical est-il souhaitable ? Si oui, nature ?
- Existe-t-il des risques d'invalidité ou d'incapacité partielle ou totale ?
- Estimez-vous que le processus vital soit altéré ?
- L'état de la personne à assurer peut-il être considéré comme : BON ? MÉDIOCRE ? DÉFAVORABLE ?

* Si lors de la première prise, la pression artérielle contrôlée en position assise dépasse 15-9 ou si la fréquence cardiaque est supérieure à 90/minute, prière d'effectuer un second contrôle en fin d'examen :

Résultats : T.A. / mm Hg
Pouls

Remarques spéciales du Médecin :

Cachet du Médecin : À le
Signature du Médecin examinateur

Le présent rapport, soumis au secret médical, doit être adressé sous pli fermé, directement ou par l'intermédiaire de la personne à assurer, au Médecin conseil du service médical SPB - 76095 Le Havre Cedex.

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, le responsable du traitement des informations recueillies est l'entité du groupe Swiss Life mentionnée dans ce document. Les données sont utilisées pour la gestion et le suivi de vos dossiers par cette entité, et l'envoi de documents concernant les produits des sociétés du groupe Swiss Life, destinataires, avec ses mandataires, ses partenaires et réassureurs, de l'information. Elles sont également traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Le défaut de réponse aux informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non-traitement de votre dossier. Les données facultatives sont signalées. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant, et du droit de vous opposer à leur traitement pour un motif légitime. Veuillez adresser vos demandes à la Direction Marketing de Swiss Life, 1 rue du Maréchal de Lattre de Tassigny, 59671 Roubaix Cedex 01. En cas de demandes liées à des données médicales, veuillez libeller celles-ci à l'attention du Médecin-conseil, 7, rue Belgrand, 92682 Levallois-Perret Cedex.

SwissLife Assurance et Patrimoine – Siège social : 7, rue Belgrand – 92300 Levallois-Perret
SA au capital de 169 036 086,38 € – Entreprise régie par le code des assurances – 341 785 632 RCS Nanterre.

www.swisslife.fr