

Nous contacter :

<https://client.swisslife-emprunteur.fr>  
Votre identifiant : 0619055077  
**Multinet Services**  
Swiss Life Gestion Emprunteur  
Service du Médecin conseil  
38 rue La Condamine  
75017 PARIS

ROUSSEL Veronique  
41 allée des 2 fermes

76160 Saint Martin du Vivier  
FRANCE

Paris, Le 15/05/2017

Références à rappeler :

**SwissLife Assurance Des Emprunteurs**

N° Adhésion : 50724742622,

N° Assuré : 5072474262

**Objet : Demande complémentaire**

Madame,

Vous nous avez consultés pour l'étude de votre adhésion au contrat *SwissLife Assurance Des Emprunteurs* et nous vous remercions de la confiance que vous nous accordez.

Afin de pouvoir statuer sur votre dossier, un complément d'informations médicales est nécessaire à notre Médecin Conseil.

Nous vous remercions donc de bien vouloir nous faire parvenir les pièces ou informations suivantes :

- Le questionnaire "Atteinte thyroïdienne" dûment complété, daté et signé par votre médecin traitant.

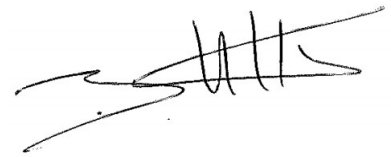
Vous pouvez transmettre ces éléments depuis votre espace personnel via le site [client.swisslife-emprunteur.fr](http://client.swisslife-emprunteur.fr) ou par courrier à l'adresse suivante :

Multinet Services  
SwissLife Assurance Des Emprunteurs  
Médecin Conseil Mme Brigitte VALLOIS  
38 rue La Condamine  
75017 PARIS

Nous espérons vous compter très prochainement parmi nos clients et restons bien entendu à votre disposition pour toute précision ou information qui vous serait nécessaire.

En nous engageant à mettre toute notre expertise à votre service, nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos salutations distinguées.

Service du médecin conseil





SwissLife

# Questionnaire médical

## Atteinte thyroïdienne

Cachet du médecin

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

N° d'adhésion : .....

**Vous devez adresser ce document sous enveloppe confidentielle à l'adresse suivante : Swiss Life Gestion Emprunteur - Service Médical - À l'attention du Médecin-conseil - 38 rue de la Condamine 75017 Paris**

Les informations recueillies au moyen de ce document seront traitées avec la plus grande confidentialité et sont soumises aux règles déontologiques relatives au respect du secret professionnel.

Merci de cocher les cases correspondantes et de fournir tout commentaire ou date en regard des réponses affirmatives lorsque cela est souhaité.

Diagnostic : .....

Date de la dernière consultation : ..... Date de découverte : .....

Taille : ..... Poids : .....

Tension artérielle : ..... / .....  Traitée Depuis : .....

### 1. Caractéristiques

|                                  | <i>Non</i>               | <i>Oui</i>               |  |  |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--|
| <i>Hyperthyroïdie</i>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| <i>Hypothyroïdie de l'adulte</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| <i>Euthyroïdie</i>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| <i>Maladie de Basedow</i>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| <i>Goitre</i>                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | depuis : .....   |  |
|                                  |                          |                          | <input type="checkbox"/> Toxique                       | <input type="checkbox"/> Non toxique           |
|                                  |                          |                          | <input type="checkbox"/> De type non spécifié          | <input type="checkbox"/> Consistance nodulaire |
|                                  |                          |                          | <input type="checkbox"/> Extension rétrosternale       |  |
|                                  |                          |                          | <input type="checkbox"/> Compression trachéale         |  |
|                                  |                          |                          | <input type="checkbox"/> Guérison                      | Depuis : .....                                 |
| <i>Thyroidite</i>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> De Hashimoto                  |  |
|                                  |                          |                          | <input type="checkbox"/> Autre .....                   |  |
| <i>Nodule solitaire</i>          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Chaud                         | <input type="checkbox"/> Froid                 |
| <i>Dimension stable</i>          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | depuis : .....   |  |
| <i>Tumeur maligne</i>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Carcinome                     |  |
|                                  |                          |                          | <input type="checkbox"/> Papillaire                    |  |
|                                  |                          |                          | <input type="checkbox"/> Mixte papillaire/folliculaire |  |
|                                  |                          |                          | <input type="checkbox"/> Microcarcinome                |  |
|                                  |                          |                          | <input type="checkbox"/> Folliculaire                  |  |
|                                  |                          |                          | <input type="checkbox"/> Oncocytome                    |  |
|                                  |                          |                          | <input type="checkbox"/> Médullaire                    |  |
|                                  |                          |                          | <input type="checkbox"/> Anaplasique                   |  |
|                                  |                          |                          | <input type="checkbox"/> Indifférenciée                |  |
|                                  |                          |                          | <i>Stade TNM</i> : .....                               |  |

SwissLife Assurance et Patrimoine - Siège social : 7, rue Belgrand - 92300 Levallois-Perret

SA au capital social de 169 036 086,38 € - Entreprise régie par le Code des assurances - 341 785 632 RCS Nanterre - www.swisslife.fr

|   | <i>Non</i>               | <i>Oui</i>               | <i>Commentaires - Dates</i>  |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| <i>Présence :</i>                             |                          |                          |  |
| De tremblements                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....  |
| D'exophtalmie                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Maligne .....                                 |
| De fibrillation auriculaire                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....  |
| De signes d'insuffisance cardiaque            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....  |
| De ralentissement psychomoteur persistant     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....  |
| De myxœdème persistant                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....  |
| D'arriération mentale                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Marquée <input type="checkbox"/> Sévère ..... |
| De signes physiques persistants de crétinisme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....  |

## 2. Traitement

|  | <i>Non</i>               | <i>Oui</i>               |   |
|--|--------------------------|--------------------------|---|
| <i>Traitement médical (y compris iode 131)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lequel ? .....                            |
| Toujours en cours                              |                          |                          | Depuis : .....                            |
|  |                          |                          | Si non, interrompu depuis : .....         |
| <i>Traitement chirurgical*</i>                 |                          |                          | Lequel ? .....Date : .....                |
|  |                          |                          | Séquelles : .....                         |
| Autre(s) :                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Date de début : ..... Date de fin : ..... |

## 3. Examens complémentaires réalisés \*

|   | <i>Non</i>               | <i>Oui</i>               |  |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| <b>au cours des six derniers mois :</b> |                          |                          |  |
| Tests de la fonction thyroïdienne       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Normaux <input type="checkbox"/> Anormaux |
| EKG                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Repos                                   |                          |                          | <input type="checkbox"/> Normaux <input type="checkbox"/> Anormaux |
| Effort                                  |                          |                          | <input type="checkbox"/> Normaux <input type="checkbox"/> Anormaux |
| Cholestérol                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Taux :   |

## 4. Situation du patient

|  | <i>Non</i>               | <i>Oui</i>               |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <i>Apte au travail à temps complet</i>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Personne suffisamment autonome (en cas de crétinisme)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Autre(s)</i>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

\* Merci de joindre les résultats des examens réalisés, ainsi que les comptes rendus d'hospitalisation éventuels, opératoires et histologiques.

### *Loi informatique et libertés*

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, le responsable du traitement des informations recueillies est l'entité du Groupe Swiss Life mentionnée sur 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 leurs mandataires, partenaires et réassureurs, de l'information. Elles sont également transmises aux destinataires habilités, notamment au sein du Groupe Swiss Life, afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et de l'application des obligations réglementaires et de la gestion des risques opérationnels, notamment la fraude à l'assurance. 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 - 92300 Levallois-Perret. En cas de demandes liées à des données collectées afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme le droit d'accès s'exerce, en application de l'article L. 561-45 du Code monétaire et financier, auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Document rédigé sur sa demande et remis en mains propres à l'intéressé pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à .....

Le :

Signature du médecin examinateur