

## TABLEAU DES FORMALITES MEDICALES

**Date application : 01/04/2009**

| CAPITAL ASSURE<br>(y compris les<br>encours) | AGE A LA SOUSCRIPTION |                |                |
|--|-----------------------|----------------|----------------|
|  | Moins de 45 ans       | De 45 à 64 ans | De 65 à 79 ans |
| Jusqu'à 75 000 €                             | A                     |                | B              |
| De 75 001 €<br>à 200 000 €                   | A                     | B              | C              |
| De 200 001 €<br>à 250 000 €                  | B                     |                | D              |
| De 250 001 €<br>à 450 000 €                  | D                     |                |                |
| De 450 001 €<br>à 1 000 000 €                | D                     | E              |                |
| De 1 000 001 €<br>à 1 500 000 €              | E                     |                |                |
| De 1 500 001 €<br>à 2 500 000 €              | F                     | G              |                |
| Au dessus de<br>2 500 000 €                  | Consulter le Siège    |                |                |

|          |  |
|----------|--|
| <b>A</b> | Questionnaire de santé simplifié   |
| <b>B</b> | Questionnaire médical  |
| <b>C</b> | B + Rapport de visite médicale   |
| <b>D</b> | C + Profil sanguin <sup>(1)</sup>  |
| <b>E</b> | D + Electrocardiogramme de repos avec tracé et compte rendu du cardiologue           |
| <b>F</b> | E + Examen des urines <sup>(2)</sup> + Rapport financier confidentiel <sup>(3)</sup> |
| <b>G</b> | F + PSA pour les hommes (Antigène Prostatiques Spécifiques)                          |

|  |   |
|--|---|
| <b>(1) Profil sanguin<br/>(à faire<br/>strictement<br/>à jeun)</b> | Numération formule sanguine, vitesse de sédimentation, numération plaquettaire, glycémie à jeun, triglycérides, cholestérol total et HDL – LDL, urée, créatinine, acide urique, gamma GT, transaminases (ASAT, ALAT), sérologie HIV 1 et 2, sérologie de l'hépatite B (Antigène HBS) et de l'hépatite C (anticorps anti VHC). |
| <b>(2) Examen des<br/>urines</b>                                   | Sucre, albumine, leucocytes, sang, examen cyto bactériologique des urines (ECBU). Recherche de cotinine urinaire pour les non-fumeurs.  |
| <b>(3) Rapport financier<br/>confidentiel</b>                      | Joindre les pièces indiquées dans ledit rapport.  |

SMTGE\_EMPR\_0409

# Questionnaire de santé simplifié

À compléter obligatoirement de la main de la personne à assurer.

MERCI D'INDIQUER CI-DESSOUS LES COORDONNÉES DE VOTRE COURTIER EN ASSURANCES

Code Courtier :     Sous code :   Nom du Cabinet d'Assurances : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal :      Ville : \_\_\_\_\_

## IDENTITE DE LA PERSONNE A ASSURER

Nom et prénoms : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

## ACTIVITE PROFESSIONNELLE

Profession actuelle : \_\_\_\_\_

Description exacte de l'activité : \_\_\_\_\_

Votre activité professionnelle vous expose-t-elle à des risques particuliers ?  OUI  NON

Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

L'exercez-vous ?  En travail saisonnier  Activité intermittente  A l'étranger – Pays concerné : \_\_\_\_\_

**N.B. : voir questionnaires professionnels sur notre site Internet**

## SANTÉ

TAILLE :  CM POIDS :  KG

RÉPONDRE PAR OUI OU PAR NON



1. Etes-vous actuellement en arrêt de travail ou suivez-vous un traitement régulier hormis pour des pathologies saisonnières ?

2. Au cours des cinq dernières années, avez-vous présenté une maladie ou un accident ayant nécessité un arrêt de travail ou un traitement de plus de 3 semaines consécutives ?

3. Avez-vous subi une intervention chirurgicale (sauf appendicite, amygdales, végétations, césarienne, chirurgie dentaire) ou avez-vous été hospitalisé plus de 24 H ?

4. Avez-vous subi un dépistage de la séropositivité aux virus de l'hépatite (VHB, VHC) ou à l'un des virus de l'immunodéficience humaine (VIH) dont le résultat se serait révélé positif ?

5. Présentez-vous un handicap (congénital ou non) ou une infirmité ou des séquelles d'accident ?

6. Etes-vous titulaire ou en instance d'attribution d'une prise en charge à 100% par votre régime obligatoire pour une affection de longue durée, d'une rente d'incapacité de travail ou d'une pension d'invalidité ?

7. Suivez-vous ou avez-vous suivi une chimiothérapie, radiothérapie, cobaltothérapie ou un traitement par Interféron ?

8. Devez-vous être hospitalisé, subir des examens médicaux ou attendez-vous des résultats d'examens médicaux ?

9. Au cours des 5 dernières années, avez-vous subi des examens médicaux dont les résultats auraient révélé des anomalies ?

**N.B. : En cas de réponse positive à l'une des questions ci-dessus, remplir le questionnaire médical**

## SEJOUR

RÉPONDRE PAR OUI OU PAR NON



Résidez-vous ou êtes-vous amené à voyager, à titre professionnel ou dans un but humanitaire, en dehors des pays de l'Union Européenne, de la Suisse, des Etats-Unis, du Japon, du Canada, de la Norvège, de l'Islande, de l'Australie et de la nouvelle Zélande ?

**N.B. : En cas de réponse positive à la question ci-dessus, remplir le questionnaire risques de séjour sur internet**

## SPORT

RÉPONDRE PAR  
OUI OU PAR NON

1. Pratiquez-vous un sport ou une activité aérienne ?

**En cas de réponse négative, inutile de répondre aux questions 2 à 11 ci-dessous.**

**N.B. : N'oubliez pas néanmoins de dater et signer le document**

2. Pratiquez-vous un sport à titre professionnel ?

3. Pratiquez-vous un sport automobile ?

4. Pratiquez-vous l'alpinisme ou un sport de neige et de glace (hormis le trekking et la randonnée pédestre jusqu'à 5 000 m et le ski alpin et le ski de fonds en amateur sur pistes balisées) ?

5. Pratiquez-vous l'équitation (hormis le manège et la randonnée équestre) ?

6. Pratiquez-vous un sport lié au motocyclisme (hormis l'utilisation comme moyen de transport ou de tourisme) ?

7. Pratiquez-vous :

- un sport nautique (hormis l'aviron, le char et la planche à voile, le ski nautique, le surf sans compétition) ?

- la voile (hormis la navigation de plaisance sans compétition) ?

- un sport motonautique (hormis en loisir le bateau à moteur et le hors-bord sans compétition) ?

8. Pratiquez-vous la plongée sous-marine ou la spéléologie (hormis la plongée libre en apnée de 0 à 20 m, la plongée en scaphandre autonome sans brevet de 0 à 20 m ou avec brevet de 0 à 40m) ?

9. Pratiquez-vous l'aviation ou une activité aérienne ?

10. Pratiquez-vous un sport de combat ou un art martial (hormis l'aïkido, le judo et le karaté sans compétition) ?

11. Pratiquez-vous du VTT avec compétitions ou extrême ?

**N.B. : En cas de réponse positive à l'une des questions 2 à 11, voir questionnaires sportifs sur internet**

Fait à : \_\_\_\_\_

le : \_\_\_\_\_

Signature de la personne à assurer

Transmettez le questionnaire ci-dessus, sous pli cacheté au Médecin Conseil de la société.

Si vous souhaitez accélérer le traitement de votre dossier et si toutes vos réponses sont négatives, vous pouvez l'adresser à votre courtier en l'autorisant à nous le transmettre par voie électronique ; dans ce cas, merci de compléter la phrase suivante :

"Je soussigné(e) M, Mme, Mlle \_\_\_\_\_ autorise le courtier \_\_\_\_\_ à transmettre mes réponses au questionnaire ci-dessus par voie électronique à AFI Europe aux fins d'émettre mon contrat conformément aux données figurant dans la proposition jointe".

Fait à : \_\_\_\_\_

le : \_\_\_\_\_

Signature de la personne à assurer  
précédée de la mention "lu et approuvé"

**Avant d'envoyer le présent questionnaire, merci de vérifier :**

1. que vous avez répondu par "OUI" ou par "NON" à toutes les questions,
2. que vous l'avez daté et signé.

# Questionnaire médical

à compléter, dater, signer et renvoyer au moyen de l'enveloppe ci-jointe.

## MERCI D'INDIQUER CI-DESSOUS LES COORDONNÉES DE VOTRE COURTIER EN ASSURANCES

Nom du Cabinet d'Assurances : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

## IDENTITE DE LA PERSONNE A ASSURER

Nom et prénoms : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

## ACTIVITE PROFESSIONNELLE

Profession actuelle : \_\_\_\_\_

Description exacte de l'activité : \_\_\_\_\_

N.B. : voir questionnaires professionnels sur notre site Internet

Ou, êtes-vous demandeur d'emploi ?  OUI  NON

Dans quelle branche d'activité, exercez-vous votre profession ?

- |                                     |                                   |   |  |  |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Artistique | <input type="checkbox"/> Finance  | <input type="checkbox"/> Restauration hôtellerie tourisme | <input type="checkbox"/> Bâtiment et Travaux Publics | <input type="checkbox"/> Fonction publique |
| <input type="checkbox"/> Santé      | <input type="checkbox"/> Sécurité | <input type="checkbox"/> Commerce et Artisanat            | <input type="checkbox"/> Métiers de la mer           | <input type="checkbox"/> Communication     |
| <input type="checkbox"/> Industrie  | <input type="checkbox"/> Droit    | <input type="checkbox"/> Transports et logistique         | <input type="checkbox"/> Métiers de la terre         | <input type="checkbox"/> Autres : _____    |

L'exercez-vous ?  En travail saisonnier  Activité intermittente  A l'étranger – Pays concerné : \_\_\_\_\_

Votre statut : Etes-vous salarié ?  OUI  NON

Votre activité professionnelle implique t'elle des séjours hors de l'union européenne ?  OUI  NON

Si oui, complétez le questionnaire risque de séjours

Votre activité professionnelle nécessite t'elle un travail manuel ?  OUI  NON

Votre activité professionnelle vous expose-t-elle à des risques particuliers ?  OUI  NON

Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

## ACTIVITES SPORTIVES

Pratiquez-vous des sports même occasionnellement ?  OUI  NON

(l'activité aérienne est considérée comme telle) Si oui, précisez lesquels et leur fréquence : \_\_\_\_\_

Participez-vous à des compétitions ?  OUI  NON

Pratiquez-vous ces sports à titre professionnel ou sous contrat avec rémunération ?  OUI  NON

N.B. : voir questionnaires sportifs sur notre site Internet

# Questionnaire médical

Les réponses à ce questionnaire doivent être obligatoirement écrites de la main de la personne à assurer. Il doit être répondu de manière claire, précise et lisible à l'ensemble des questions. Vous pouvez, si vous le souhaitez répondre seul, ces informations sont couvertes par le secret professionnel.

Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire, vous pouvez les transmettre sous pli cacheté au Médecin Conseil de la Société. Cependant, si parmi les réponses que vous avez données, au moins l'une d'entre elles concerne une maladie dont vous souffrez actuellement ou avez souffert dans le passé, ou encore les suites d'un accident antérieur, ou se rapporte à un traitement en cours, vous êtes formellement invité à transmettre ce questionnaire sous pli cacheté au Médecin Conseil de la société.

1 TAILLE :  CM POIDS :  KG

2 Etes-vous ?  droitier  gaucher  ambidextre

QUESTIONS

RÉPONDRE PAR  
OUI OU PAR NON

SI OUI, VEUILLEZ DONNER TOUTE PRÉCISION  
(MOTIF, DATE, RÉSULTAT, ETC...)

3 Etes-vous actuellement en arrêt de travail (même partiel) ?  Motif : \_\_\_\_\_  
Depuis quelle date : \_\_\_\_\_

4 Suivez-vous actuellement un traitement médical ?  Motif : \_\_\_\_\_  
Depuis quelle date : \_\_\_\_\_  
Traitement : \_\_\_\_\_

5 Au cours des 10 dernières années, avez-vous présenté une maladie ou un accident ayant nécessité un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 3 semaines consécutives ?  Motif : \_\_\_\_\_  
Périodes : \_\_\_\_\_

6 Au cours des 10 dernières années, avez-vous présenté une maladie ou un accident ayant nécessité un traitement de plus de 3 semaines consécutives ?  Motif : \_\_\_\_\_  
A quelle date : \_\_\_\_\_  
Traitement : \_\_\_\_\_

7 Au cours des 5 dernières années, avez-vous subi des examens médicaux dont les résultats ont nécessité une surveillance médicale et/ou un traitement de plus de 15 jours ? (bilan sanguin, tests hépatiques, analyse d'urine, électrocardiogramme, radiographie, scanner, etc...) (joindre copie des examens)  Lesquels : \_\_\_\_\_  
A quelle date : \_\_\_\_\_  
Motif : \_\_\_\_\_

8 Avez-vous séjourné en hôpital, clinique, maison de santé, autres établissements de soins ou subi une intervention chirurgicale ?  A quelle date : \_\_\_\_\_  
Durée : \_\_\_\_\_  
Motif : \_\_\_\_\_

(indiquer s'il y a eu intervention chirurgicale, joindre les comptes-rendus hospitaliers, opératoires et histologiques)





## Rapport médical du médecin examinateur

DÉCLARATION DE LA PERSONNE À ASSURER : \_\_\_\_\_

Le médecin est prié d'inscrire lui-même les réponses, de cocher les cases correspondantes et de compléter les rubriques lorsqu'un commentaire est souhaité. Si les réponses ont été consignées antérieurement, le médecin est invité à les revoir avec la personne à examiner.

1

a) Nom et Prénom(s) (suivi s'il y a lieu du nom d'époux) : \_\_\_\_\_

b) Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

c) Domicile : \_\_\_\_\_

d) Situation de famille :  Célibataire  Marié  Divorcé  Autre : \_\_\_\_\_

e) Profession : Actuelle : \_\_\_\_\_ Antérieure : \_\_\_\_\_

f) Sports pratiqués régulièrement : \_\_\_\_\_

g) Si vous avez séjourné ou résidé à l'étranger (sauf Europe et Amérique du Nord) ou si vous envisagez de le faire :  
Où ? \_\_\_\_\_ Quand ? \_\_\_\_\_ But ? \_\_\_\_\_

2

Répondre par Oui ou par Non Si oui, veuillez donner toute précision (motif, date, résultat, etc... )

|   |                      |                                     |  |                                   |                                   |
|---|----------------------|-------------------------------------|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| a) Consommez-vous des boissons alcoolisées<br>Quantité par jour ? | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Vin        | <input type="checkbox"/> Bière   | <input type="checkbox"/> Apéritif | <input type="checkbox"/> Alcool ? |
| b) Fumez vous ?<br>Combien par jour ?                             | <input type="text"/> | _____cl                             | _____cl  | _____cl                           | _____cl                           |
| c) Faites-vous ou avez fait usage de stupéfiants (drogues) ?      | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Cigarettes | <input type="checkbox"/> Cigares   | <input type="checkbox"/> Pipes    |                                   |
| d) Votre poids a t-il diminué au cours de la dernière année ?     | <input type="text"/> | _____                               | _____  | _____                             |                                   |
|   |                      | Lesquels ? _____                    | Jusqu'à quand ? _____  |                                   |                                   |
|   |                      | _____Kg                             | Cause : _____ Intentionnellement ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |                                   |                                   |

3

Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des symptômes suggérant :

|  |                      |       |
|--|----------------------|-------|
| a) Une maladie infectieuse ou parasitaire, une maladie sexuellement transmissible (syndromes apparentés au sida) ? | <input type="text"/> | _____ |
| b) Une atteinte du système endocrinien ou du métabolisme ?   | <input type="text"/> | _____ |
| c) Une maladie du sang ?   | <input type="text"/> | _____ |
| d) Une atteinte psychiatrique ?  | <input type="text"/> | _____ |
| e) Une maladie du système nerveux ou des muscles ?   | <input type="text"/> | _____ |
| f) Une maladie de l'oreille, du nez, de la gorge ou de l'oeil ?  | <input type="text"/> | _____ |
| g) Une maladie de l'appareil cardiovasculaire ?  | <input type="text"/> | _____ |
| h) Une maladie de l'appareil respiratoire ?  | <input type="text"/> | _____ |
| i) Une maladie de l'appareil digestif ou une atteinte de l'abdomen ?   | <input type="text"/> | _____ |
| j) Une maladie de l'appareil urogénital ?  | <input type="text"/> | _____ |
| k) Une maladie de la peau ?  | <input type="text"/> | _____ |
| l) Une maladie des os ou des articulations ?   | <input type="text"/> | _____ |
| m) Une autre maladie ou infirmité ?  | <input type="text"/> | _____ |

**4 Répondre par Oui ou par Non Si oui, veuillez donner toute précision (motif, date, résultat, etc...)**

|  |  |   |
|--|--|---|
| a) Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? <input type="checkbox"/><br>b) Avez-vous subi un traitement par substances radioactives ou une chimiothérapie ou une transfusion sanguine ? <input type="checkbox"/><br>c) Avez-vous été accidenté ? <input type="checkbox"/><br>En cas de traumatisme crânien, indiquer s'il y a eu coma ou perte de connaissance et sa durée.<br>S'il a été répondu par OUI à l'une des questions 3 et 4, de quelle maladie ou opération, de quel accident s'agit-il ?<br>_____<br>_____ | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Quand/durée/date de guérison/séquelles/commentaires<br>_____<br>_____ |
|--|--|---|

**5 Pour les personnes de sexe féminin :**

|  |  |   |
|--|--|---|
| a) Grossesses antérieures ? <input type="checkbox"/><br>b) Etes-vous enceinte ? <input type="checkbox"/><br>c) Prenez-vous des anticonceptionnels ? <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Combien ? _____<br>Complications éventuelles : _____<br>De combien de mois ? _____<br>Complications éventuelles : _____ |
|--|--|---|

**6**

|  |  |   |
|--|--|---|
| a) Suivez-vous un traitement ? <input type="checkbox"/><br>b) Recevez-vous des soins médicaux ? <input type="checkbox"/><br>c) Avez-vous été, au cours des 5 dernières années traité pendant + de 3 semaines ? <input type="checkbox"/><br>d) Avez-vous consulté un médecin au cours des 12 derniers mois ? <input type="checkbox"/><br>e) Devez-vous être hospitalisé prochainement ou subir une intervention chirurgicale ? <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Lequel ? _____<br>Pourquoi ? _____<br>Lesquels ? _____<br>Pourquoi ? _____<br>Quand ? _____ Pourquoi ? _____<br>Quand ? _____ Pourquoi ? _____<br>Quand ? _____ Motif : _____ |
|--|--|---|

**7**

|   |  |  |
|---|--|--|
| a) Vous a-t-on fait au cours des 5 dernières années :<br>- un électrocardiogramme ? <input type="checkbox"/><br>- une radiographie du thorax ? <input type="checkbox"/><br>- une analyse du sang ? <input type="checkbox"/><br>- une analyse des urines ? <input type="checkbox"/><br>- un test du sida ? <input type="checkbox"/><br>b) Avez-vous été soumis à d'autres investigations (par exemple électroencéphalogramme, scanner, scintigraphie, artériographie) ? <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Quand ? _____ Résultat : _____<br>Quand ? _____ Résultat : _____<br>Quand ? _____ Résultat : _____<br>Quand ? _____ Résultat : _____<br>Quand ? _____ Résultat : _____<br>Quand ? _____ Résultat : _____<br>Quand ? _____ Lesquelles ? _____<br>Résultat : _____ |
|---|--|--|

**8**

|   |  |   |
|---|--|---|
| a) Vous trouvez-vous en état d'incapacité de travail ? <input type="checkbox"/><br>b) Avez-vous été, durant les 5 dernières années, incapable de travailler pendant + de 3 semaines ? <input type="checkbox"/><br>Avez-vous autre chose à déclarer concernant votre état de santé ? <input type="checkbox"/><br>Quel est votre médecin habituel (adresse) : _____ | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> depuis : _____<br>Pourquoi ? _____<br>Quand ? _____ Pourquoi ? _____<br>Durée : _____<br>_____<br>_____ |
|---|--|---|

Je certifie avoir répondu sincèrement aux questions précitées et n'avoir rien dissimulé. J'autorise les médecins et les autres personnes interrogées par la Société à donner confidentiellement à son Service Médical les renseignements demandés en relation avec le contrat d'assurance.

|                              |                                    |   |
|------------------------------|------------------------------------|---|
| Fait à : _____<br>le : _____ | Signature de la personne à assurer | Pour attestation de l'exacte transcription de l'anamnèse,<br>le Médecin Examineur |
|------------------------------|------------------------------------|---|

## Examen médical

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

|    |  |  |  |
|----|--|--|--|
| 9  | Répondre par Oui ou par Non Si oui, veuillez donner toute précision (motif, date, résultat, etc... )   |  | Avez-vous déjà soigné la personne à assurer ? <input type="checkbox"/> Quand ? _____ Pourquoi ? _____  |
| 10 | <b>CONSTITUTION</b><br>a) Taille<br>b) Poids<br>c) Périmètre du thorax<br>d) Circonférence de l'abdomen  |  | _____ cm (résultat de la mensuration)<br>_____ Kg (résultat de la pesée)<br>_____ cm en inspiration _____ cm en expiration<br>_____ cm   |
| 11 | <b>GÉNÉRALITÉS</b><br>a) Existe-t-il des anomalies congénitales et de la croissance ?<br>b) Y a-t-il des difformités ou des malformations (thorax, colonne vertébrale, membres, etc...) ?  | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>   | Lesquelles ? _____<br>Lesquelles ? _____<br>_____  |
| 12 | <b>HABITUDES</b><br>a) Les occupations ou les habitudes de la personne à assurer peuvent-elles nuire à sa santé ?<br>b) Y a-t-il des signes suggérant une consommation d'alcool excessive, des indices d'abus de tabac, de médicaments ou d'usage de stupéfiants ?   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>   | Lesquelles ? _____<br>Lesquels ? _____   |
| 13 | <b>SYSTÈME ENDOCRINIEN ET MÉTABOLISME</b><br>Votre examen met-il en évidence une anomalie ?  | <input type="checkbox"/>   | Laquelle ? _____   |
| 14 | <b>PSYCHIATRIE</b><br>Y a-t-il des troubles du comportement ou des signes pouvant évoquer une affection psychiatrique ?  | <input type="checkbox"/>   | Lesquels ? _____   |
| 15 | <b>SYSTÈME NERVEUX ET MUSCLES</b><br>Constatez-vous une symptomatologie évocatrice d'une atteinte du système nerveux ou d'une myopathie ?  | <input type="checkbox"/>   | Laquelle ? _____   |
| 16 | <b>ORGANES SENSITIFS</b><br>a) Y a-t-il une affection de l'appareil auditif ?<br>Y a-t-il une baisse de l'acuité auditive ?<br>b) Y a-t-il une affection des yeux ?<br>Nécessite-t-elle une correction ?   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>   | Laquelle ? _____ <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G<br>Degré ? _____ <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G<br>Laquelle ? _____<br>Avant correction : OD _____ OG _____<br>Après correction : OD _____ avec _____ dioptries<br>OG _____ avec _____ dioptries   |
| 17 | <b>APPAREIL CARDIOVASCULAIRE</b><br>a) L'aire cardiaque est-elle agrandie ?<br>b) Troubles du rythme ?<br>c) Les bruits du coeur sont-ils <u>anormaux</u> ? (dédoublément, roulement, etc...)<br>d) Entendez-vous un souffle cardiaque ?<br><br>Comment se propage-t-il ?<br>Irradiation ?<br>e) Le souffle est-il organique ?<br>f) Existe-t-il une anomalie du pouls radial, carotidien, fémoral, tibial postérieur ou pédieux ?<br>g) Troubles du système veineux, oedème | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Importance : _____<br>Lesquels : _____<br>_____ intensité : _____<br>_____<br><input type="checkbox"/> Systolique où ? _____ intensité : _____<br><input type="checkbox"/> Diastolique où ? _____ intensité : _____<br>_____<br>Diagnostic : _____<br>Siège : _____<br><input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche<br>Cause : _____ importance : _____<br>Lesquels ? _____ importance : _____ |

TENSION ARTÉRIELLE : Systolique : \_\_\_\_\_ Diastolique : \_\_\_\_\_  Non traitée  Traitée  
 Fréquence du pouls : \_\_\_\_\_ Pulsations par minute : \_\_\_\_\_  
 - 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 par minute : \_\_\_\_\_

**18** Répondre par Oui ou par Non Si oui, veuillez donner toute précision (motif, date, résultat, etc...)

|   |                          |                  |
|---|--------------------------|------------------|
| <b>APPAREIL RESPIRATOIRE</b>                      |                          |                  |
| a) Votre examen met-il en évidence une anomalie ? | <input type="checkbox"/> | Laquelle ? _____ |
| b) Examen radiologique ?                          | <input type="checkbox"/> | Résultat ? _____ |

|  |                          |  |
|--|--------------------------|--|
| <b>19 APPAREIL DIGESTIF</b>  |                          |  |
| a) La langue, le pharynx et les amygdales ont-ils un aspect pathologique ? | <input type="checkbox"/> | Lequel ? _____   |
| b) La palpation de l'abdomen décèle-t-elle un état pathologique ?          | <input type="checkbox"/> | Lequel _____   |
| c) Le foie est-il agrandi ?  | <input type="checkbox"/> | De combien de cm ? _____ Consistance : _____   |
| d) La rate est-elle agrandie ?   | <input type="checkbox"/> | Palpable sur : _____ cm Cause : _____  |
| e) Y a-t-il une hernie, une éventration ?                                  | <input type="checkbox"/> | Siège : _____ Bilatérale : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |

|   |                          |                          |   |
|---|--------------------------|--------------------------|---|
| <b>20 APPAREIL UROGÉNITAL</b>   |                          |                          |   |
| a) Examen de l'urine :<br>(L'urine doit être émise chez le médecin)         | albumine                 | <input type="checkbox"/> | Autres substances anormales<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____ |
|   | sucre                    | <input type="checkbox"/> |   |
|   | sang                     | <input type="checkbox"/> |   |
|   | Pus                      | <input type="checkbox"/> |   |
| b) Y a-t-il des indices d'une affection des organes génitaux ou des seins ? | <input type="checkbox"/> | Laquelle ? _____         |   |

|  |                          |                  |
|--|--------------------------|------------------|
| <b>21 PEAU</b>                                   |                          |                  |
| Y a-t-il une affection cutanée ou des phanères ? | <input type="checkbox"/> | Laquelle ? _____ |

|  |                          |                                  |
|--|--------------------------|----------------------------------|
| <b>22 GANGLIONS LYMPHATIQUES</b>                                 |                          |                                  |
| Y a-t-il une augmentation de volume des ganglions lymphatiques ? | <input type="checkbox"/> | Siège : _____<br>Origine : _____ |

|  |                          |                |
|--|--------------------------|----------------|
| <b>23 OS, ARTICULATIONS ET TISSU CONJONCTIF</b>        |                          |                |
| Votre examen met-il en évidence un état pathologique ? | <input type="checkbox"/> | Lequel ? _____ |

|  |                          |       |
|--|--------------------------|-------|
| <b>24 CONCLUSION</b>   |                          |       |
| a) Estimez-vous que le pronostic vital de cette personne est altéré ?                                  | <input type="checkbox"/> | _____ |
| b) Faites-vous des réserves sur les risques d'invalidité totale ou partielle d'incapacité de travail ? | <input type="checkbox"/> | _____ |
| c) Remarques spéciales et suggestions :  | <input type="checkbox"/> | _____ |

**Important :** La Société invite le médecin à s'abstenir, à l'égard de la personne à assurer ou du courtier d'assurance, de toute remarque qui pourrait faire préjuger de la décision de l'assureur.

Fait à : \_\_\_\_\_  
le : \_\_\_\_\_

le Médecin Examineur, Cachet et signature.