

## Tableau des formalités médicales applicables aux adhésions du contrat L 1021 0001 00 "SELECT EMPRUNTEUR"

*Selon l'âge de l'adhérent et le montant du capital initial assuré  
(en tenant compte de l'éventuel encours déjà sous risque)*

Jusqu'à 45 ans	de 46 ans à 55 ans	de 56 ans à 65 ans	Au-delà de 65 ans
De 0€ à 100 000€ ☞ Type 0	De 0€ à 80 000€ ☞ Type 0	De 0€ à 16 000€ ☞ Type 0	De 0€ à 80 000€ ☞ Type 1
De 100 001€ à 250 000€ ☞ Type 1	De 80 001€ à 120 000€ ☞ Type 1	De 16 001€ à 80 000€ ☞ Type 1	De 80 001€ à 250 000€ ☞ Type 5
De 250 001€ à 450 000€ ☞ Type 4 + cotinine urinaire	De 120 001€ à 250 000€ ☞ Type 2	De 80 001€ à 250 000€ ☞ Type 3 + cotinine urinaire	A partir de 250 001€ ☞ Type 6 Sans l'épreuve d'effort
De 450 001€ à 800 000€ ☞ Type 5	De 250 001€ à 400 000€ ☞ Type 4 + cotinine urinaire	De 250 001€ à 450 000€ ☞ Type 5	
A partir de 800 001€ ☞ Type 6	De 400 001€ à 600 000€ ☞ Type 5	A partir de 450 001€ ☞ Type 6	
	A partir de 600 001€ ☞ Type 6		

# Types des examens médicaux demandés dans le cadre de l'adhésion au contrat L 1021 0001 00 "SELECT EMPRUNTEUR"

## ☞ Type 0

- Déclaration de santé du bulletin d'adhésion

## ☞ Type 1

- Déclaration de santé du bulletin d'adhésion
- Questionnaire QM2

## ☞ Type 2

- Déclaration de santé du bulletin d'adhésion
- Questionnaire QM2
- Examen médical: Rapport médical (référence G,852).

## ☞ Type 3

- Déclaration de santé du bulletin d'adhésion
- Questionnaire QM2
- Examen médical: Rapport médical (référence G,852).
- Analyses biologiques standard **ANA1** :
  - Sang-** Numération formule sanguine, plaquettes, vitesse de sédimentation, glycémie, urée, acide urique, créatinine, cholestérol total et HDL, triglycérides, gamma GT et transaminases.
  - Urines-** Sucre et albumine.

## ☞ Type 4

- Déclaration de santé du bulletin d'adhésion
- Questionnaire QM2
- Examen médical: Rapport médical (référence G,852).
- Analyses biologiques **ANA2**: **ANA1** + sérologie HIV 1 et 2.

## ☞ Type 5

- Déclaration de santé du bulletin d'adhésion
- Questionnaire QM2
- Examen médical: Rapport médical (référence G,852).
- Examen cardiologique: Rapport médical cardiologique (référence G 853).
- Analyses biologiques **ANA3**: **ANA2** + marqueurs de l'hépatite B et C + cotinine urinaire.
- A partir de 55 ans**: radiographie du thorax avec compte-rendu.

## ☞ Type 6

- Déclaration de santé du bulletin d'adhésion
- Questionnaire QM2
- Examen médical: Rapport médical (référence G,852).
- Epreuve d'effort (avec compte-rendu) et échocardiographie (avec compte-rendu).
- Examen cardiologique: Rapport médical cardiologique (référence G 853).
- R**adiographie du thorax avec compte-rendu.
- Analyses biologiques **ANA4**: **ANA3** + examen cyto bactériologique des urines (ECBU).
- Chez les hommes, **à partir de 56 ans**: **ANA4** avec PSA.
- Chez les femmes, **à partir de 46 ans**: compte-rendu d'une mammographie bilatérale datant de moins d'un an.

# Demande d'adhésion

## Déclaration de santé

Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire, vous pouvez le transmettre (sous pli cacheté dans l'enveloppe ci-jointe) au Médecin-conseil du service médical de SPB 76095 LE HAVRE CEDEX, en veillant à bien indiquer les références du contrat concerné. 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 invités à transmettre ce questionnaire sous pli cacheté au Médecin-conseil du service médical de SPB. Dans ce cas, vous utilisez l'enveloppe ci-jointe à destination du Médecin-conseil de SPB.

Pour chaque question, veuillez cocher les cases correspondant à votre situation et compléter les rubriques correspondantes

Quel est votre poids ? ..... Votre taille ? ..... Votre tension artérielle habituelle? mini..... / maxi .....
Existe-t-il ou a-t-il existé chez vos parents, frères, soeurs, enfants, des antécédents d'infarctus du myocarde, ou d'angine de poitrine, d'accident vasculaire cérébral, de maladie rénale, digestive, métabolique grave (par ex. diabète, hypercholestérolémie), ou de cancer ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, précisez l'affection et sa date de découverte .....
Pratiquez-vous des sports ou activités risqués, ou avez-vous l'intention de faire des voyages aériens autres que ceux effectués en tant que passager sur une ligne commerciale, entre aéroports principaux, ou dans le cadre d'un déplacement professionnel ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, précisez .....
Fumez-vous ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, nombre de cigarettes/jour ..... Autre (cigares, pipes..) précisez/jour .....
Consommez-vous des boissons alcoolisées ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui quantité/jour (en cl) Vin ..... Bière/cidre ..... Apéritif ..... Alcool .....
Faites-vous/avez-vous fait usage de stupéfiants (drogues) ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, lesquels : ..... Jusqu'à quand.....

1. Etes-vous sous contrôle ou en traitement médical ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si Oui, Motif ?..... ..... depuis quand ?.....
2. Etes-vous en arrêt de travail, même partiel, pour raison de santé ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si Oui, Motif ?..... Date de début ?..... Reprise prévue le.....
3. Avez-vous été ou êtes-vous atteint d'une maladie cardiaque, respiratoire rénale, digestive, des os et articulations ou de dépression nerveuse, tension artérielle trop élevée, diabète, excès de cholestérol, tumeur, cancer ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si Oui, la ou lesquelles ?..... A quelle(s) date(s) ?.....
4. Avez-vous ou devez-vous subir une/des interventions chirurgicales ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si Oui, la ou lesquelles ?..... .....A quelle(s) date(s) ?.....
5. Avez-vous : - été victime d'accident(s) ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, à quelle(s) date(s) ?..... Partie(s) du corps atteinte ?..... Séquelles ?.....
- été hospitalisé (hôpital, clinique, maison de repos, établissement de cure) ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, à quelle(s) date(s) ?..... Motif ? .....
6. Vous a-t-on prescrit au cours des 3 dernières années : - Un traitement médical ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Dates, lesquels et pourquoi ? .....
- Un régime ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	.....
- Un examen tel que radio, analyse, autre ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	.....
- Un arrêt de travail ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	.....
7. Etes-vous : - Titulaire d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'accident ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Motif ? .....
- Atteint d'une infirmité ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Depuis quelle date ?..... Taux ? .....
8. Avez-vous fait l'objet d'un refus, d'un ajournement, d'une restriction ou d'une surprime pour un précédent contrat d'assurance décès ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Laquelle ? .....
		Précisez .....

Indiquez le nom et l'adresse de votre médecin habituel .....

Mes déclarations serviront de base à mon affiliation au contrat d'assurance collective. Toute réticence ou fausse déclaration entraînerait la nullité de mon adhésion en application de l'article L. 113.8 du code des assurances.

Conformément à l'article 32 de la loi du 06/01/1978 dite "Informatique et libertés" modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, nous vous informons que le responsable du traitement de vos données personnelles est SPB - Département Santé - 76095 Le Havre Cedex, auprès duquel vous pourrez exercer vos droits d'accès et de rectification prévus par les articles 39 et 40 de la loi précitée. Les données personnelles recueillies sont indispensables et seront exclusivement utilisées, dans le strict respect de la protection des données à caractère personnel, pour le suivi de votre dossier par le groupe SwissLife, destinataires, avec ses mandataires et réassureurs, de l'information. Le défaut de réponse aux informations demandées peut avoir pour conséquence le non traitement de votre dossier. Compte tenu de ses obligations légales, le responsable du traitement met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Je, soussigné (NOM, PRENOM) .....

Certifie la sincérité et l'exactitude de mes déclarations.

J'affirme n'avoir rien omis ou dissimulé.

Fait à .....Le ...../...../.....

**SIGNATURE DE LA PERSONNE A ASSURER**

# Questionnaire de santé

N° de contrat : \_\_\_\_\_



## Identité

Nom ..... Prénom .....  
Nom de jeune fille ..... Date et lieu de naissance .....  
Situation de famille ..... Profession actuelle .....  
Adresse .....

Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire, vous pouvez le transmettre (sous pli cacheté dans l'enveloppe ci-jointe) au Médecin-conseil du service médical de SwissLife Assurance et Patrimoine : 86, boulevard Haussmann - 75380 Paris Cedex 08, en veillant à bien indiquer les références du contrat concerné.

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 dans l'enveloppe ci-jointe) au Médecin-conseil de Swiss Life.

Dans ce cas, vous utilisez l'enveloppe ci-jointe à destination du Médecin-conseil de Swiss Life.

Attention : Votre acceptation à l'assurance est faite sur la base de vos réponses au questionnaire de santé. Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de l'assurance en application de l'article L.113-8 du Code des Assurances.

## 1. - MODE DE VIE

- Sports pratiqués régulièrement (y compris sports aéronautiques, motorisés et nautiques)..... NON OUI → Lesquels ? .....
- 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 ? :  oui  non

## 2. - ANTÉCÉDENTS

### Souffrez-vous

ou avez-vous souffert de l'un des troubles suivants :

Si réponses positives, précisez :  
nature exacte, dates, traitements, évolution

- une maladie infectieuse, parasitaire ou sexuellement transmissible ?..... NON OUI → .....
- une atteinte du système endocrinien ou du métabolisme ? ..... NON OUI → .....
- une maladie du sang ? ..... NON OUI → .....
- une affection psychiatrique ..... NON OUI → .....
- une maladie du système nerveux ou des muscles ? .. NON OUI → .....
- une maladie de l'oreille, du nez, de la gorge ou de l'œil ? ..... NON OUI → .....
- une maladie de l'appareil cardiovasculaire ? ..... NON OUI → .....
- une maladie de l'appareil respiratoire ? ..... NON OUI → .....
- une maladie de l'appareil digestif ou une atteinte de l'abdomen ? ..... NON OUI → .....
- une maladie de l'appareil urogénital ? ..... NON OUI → .....
- une maladie de la peau ? ..... NON OUI → .....
- une maladie des os ou des articulations ? ..... NON OUI → .....
- une autre maladie ou infirmité ? ..... NON OUI → .....

Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? ..... NON OUI → Nature exacte - Date : .....

Avez-vous subi un traitement par radiothérapie, une chimiothérapie, une transfusion sanguine ? ..... NON OUI → Nature exacte - Date : .....

Avez-vous été accidenté ? ..... NON OUI → Siège et nature des blessures : .....

Avez-vous été hospitalisé  
(hôpital, clinique, maison de repos,  
établissement de cure) ? ..... NON OUI → Date - Motif - Durée : .....

**Vous a-t-on fait pratiquer au cours  
des 5 dernières années l'examen suivant :**

• un électrocardiogramme ? ..... NON OUI → ..... Date et résultats :  
• un électroencéphalogramme ? ..... NON OUI → .....  
• des radiographies, scanner, IRM, scintigraphie ? ..... NON OUI → .....  
• des examens sanguins ? ..... NON OUI → .....  
• un test de dépistage des hépatites B et C ? ..... NON OUI → .....  
• un test de dépistage du HIV ? ..... NON OUI → .....  
• A la suite de ces examens, vous a-t-on prescrit :  
Un arrêt de travail de plus de 15 jours  oui  non  
Des examens complémentaires  oui  non  
Un traitement médical de plus de 30 jours  oui  non

**3. - ACTUELLEMENT**

Etes-vous sous surveillance médicale ? ..... NON OUI → Pourquoi ? .....

Suivez-vous un traitement médical ou un régime ? ..... NON OUI → Lequel ? .....

Devez-vous prochainement :

• être hospitalisé ? ..... NON OUI → Quand ? Pourquoi ? .....

• subir une intervention chirurgicale ? ..... NON OUI → .....

• subir des examens médicaux ? ..... NON OUI → .....

Vous trouvez-vous en état d'incapacité de travail ? ..... NON OUI →  Totale  Partielle Depuis : .....

Motif : .....

Etes-vous bénéficiaire d'une rente d'invalidité ? ..... NON OUI → Motif : .....

(Accident-Maladie)  
Taux : ..... Depuis quand ? .....

**4. - Avez-vous autre chose à déclarer concernant votre  
état de santé ?** ..... NON OUI → .....

Avez-vous fait l'objet d'un refus, d'un ajournement,  
d'une restriction ou d'une surprime pour un  
précédent contrat d'assurance-décès ? ..... NON OUI → Si oui, précisez : .....

Etes-vous déjà titulaire de contrat(s) d'assurance-décès  
ou de tels contrats sont-ils en cours de souscription ? ..... NON OUI → Si oui, montant des capitaux garantis : .....

Quel est votre médecin habituel (nom et adresse) ? .....

.....

.....

**Pour les personnes de sexe féminin :**

• Etes-vous enceinte actuellement ? ..... NON OUI → De combien de mois ? .....

Complications éventuelles : .....

• Votre ou vos grossesses antérieures ont-elles été  
difficiles ou suivies d'incidents ? ..... NON OUI → Combien ? .....

Complications éventuelles : .....

**Mes déclarations serviront de base à mon affiliation au contrat d'assurance collective. Toute réticence ou fausse déclaration entraînerait la nullité de mon adhésion en application de l'article L. 113.8 du code des assurances.**

Conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 dite "Informatique et libertés" modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, nous vous informons que le responsable du traitement de vos données personnelles est SwissLife Assurance et Patrimoine. Vous pourrez exercer vos droits d'accès et de rectification prévus par les articles 39 et 40 de la loi précitée, auprès du Médecin conseil du service médical de SwissLife Assurance et Patrimoine, 86, boulevard Haussmann - 75380 Paris Cedex 08.  
Les données personnelles recueillies seront exclusivement utilisées pour le traitement de votre dossier, dans le strict respect du secret médical, par SwissLife, destinataire, avec ses mandataires et réassureurs, de l'information. Le défaut de réponse aux questions peut avoir pour conséquence le non examen de votre dossier.

Je, soussigné (NOM, PRENOM).....  
certifie la sincérité et l'exactitude de mes déclarations.  
J'affirme n'avoir rien omis ou dissimulé.  
Fait à ..... Le ... / ... / .....

SIGNATURE DE LA PERSONNE A ASSURER

N° DU CONTRAT :    OBJET :

- V. 1143.0001     Adhésion Swiss Garantie Sérénité
- V. 1143.0002     Adhésion Swiss Homme-Clef
- V. 1346/0001     Adhésion SwissLife Garantie Emprunteur



Code de l'intermédiaire commercial : \_\_\_\_\_

## Rapport du Médecin examinateur

M. le Docteur .....

### Identité de la personne à assurer

Nom et prénoms .....

Nom de jeune fille .....

Profession actuelle ..... Antérieure .....

Date de naissance ..... Lieu de naissance .....

Domicile .....

Examen médical :    Date .....    Heure .....

Etes-vous le médecin traitant de l'intéressé ? .....

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

Non/Oui : Rayez la mention inutile et, si réponse positive, complétez la zone située à droite de la question.

### 1. - MODE DE VIE

- Sports pratiqués régulièrement ..... NON OUI → Lesquels ? .....
- 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 ? .....

### 2. - ANTÉCÉDENTS

**Souffrez-vous ou avez-vous souffert de l'un des troubles suivants :**

Si réponses positives, précisez :  
nature exacte, dates, traitements, évolution

- une maladie infectieuse, parasitaire ou sexuellement transmissible ? ..... NON OUI → .....
- une atteinte du système endocrinien ou du métabolisme ? ..... NON OUI → .....
- une maladie du sang ? ..... NON OUI → .....
- une affection psychiatrique ..... NON OUI → .....
- une maladie du système nerveux ou des muscles ? .. NON OUI → .....
- une maladie de l'oreille, du nez, de la gorge ou de l'œil ? ..... NON OUI → .....
- une maladie de l'appareil cardiovasculaire ? ..... NON OUI → .....
- une maladie de l'appareil respiratoire ? ..... NON OUI → .....
- une maladie de l'appareil digestif ou une atteinte de l'abdomen ? ..... NON OUI → .....
- une maladie de l'appareil urogénital ? ..... NON OUI → .....
- une maladie de la peau ? ..... NON OUI → .....
- une maladie des os ou des articulations ? ..... NON OUI → .....
- une autre maladie ou infirmité ? ..... NON OUI → .....

Visa du déclarant :

Visa du Médecin examinateur :

Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? ..... NON OUI → Nature exacte - Date : .....

Avez-vous subi un traitement par radiothérapie, une chimiothérapie, une transfusion sanguine ? .....

Avez-vous été accidenté ? ..... NON OUI → Siège et nature des blessures : .....

Avez-vous été hospitalisé (hôpital, clinique, maison de repos, établissement de cure) ? ..... NON OUI → Date - Motif - Durée : .....

**Vous a-t-on fait pratiquer au cours des 5 dernières années l'examen suivant :**

Date et résultats :

- un électrocardiogramme ? ..... NON OUI → .....
- un électroencéphalogramme ? ..... NON OUI → .....
- des radiographies, scanner, IRM, scintigraphie ? ..... NON OUI → .....
- des examens sanguins ? ..... NON OUI → .....
- un test de dépistage des hépatites B et C ? ..... NON OUI → .....
- un test de dépistage du HIV ? ..... NON OUI → .....

**3. - ACTUELLEMENT**

Etes-vous sous surveillance médicale ? ..... NON OUI → Pourquoi ? .....

Suivez-vous un traitement médical ou un régime ? ..... NON OUI → Lequel ? .....

Devez-vous prochainement :

- être hospitalisé ? ..... NON OUI → Quand ? Pourquoi ? .....
- subir une intervention chirurgicale ? ..... NON OUI → .....
- subir des examens médicaux ? ..... NON OUI → .....

Vous trouvez-vous en état d'incapacité de travail ? ..... NON OUI →  Totale  Partielle Depuis : .....  
Motif : .....

Etes-vous bénéficiaire d'une rente d'invalidité ? ..... NON OUI → Motif : .....  
Taux : ..... Depuis quand ? .....

**Pour les personnes de sexe féminin :**

- Etes-vous enceinte actuellement ? ..... NON OUI → De combien de mois ? .....  
Complications éventuelles : .....
- Votre ou vos grossesses antérieures ont-elles été difficiles ou suivies d'incidents ? ..... NON OUI → Combien ? .....  
Complications éventuelles : .....

Avez-vous autre chose à déclarer concernant votre état de santé ? ..... NON OUI → .....

Quel est votre médecin habituel (nom et adresse) ? .....

Date et signature du déclarant :

Visa du Médecin examinateur :

Conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 dite "Informatique et libertés" modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, nous vous informons que le responsable du traitement de vos données personnelles est SwissLife Assurance et Patrimoine. Vous pourrez exercer vos droits d'accès et de rectification prévus par les articles 39 et 40 de la loi précitée, auprès du Médecin conseil du service médical de SwissLife Assurance et Patrimoine, 86, boulevard Haussmann - 75380 Paris Cedex 08. Les données personnelles recueillies seront exclusivement utilisées pour le traitement de votre dossier, dans le strict respect du secret médical, par SwissLife, destinataire, avec ses mandataires et réassureurs, de l'information. Le défaut de réponse aux questions peut avoir pour conséquence le non examen de votre dossier.

# 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 →
    - Siège :  Cœur  Vaisseaux
    - Caractéristiques :  Systolique  Diastolique
    - Organique  Fonctionnel
    - Intensité : .....
  - ▶ d'une abolition des pouls périphériques ? ..... NON OUI → Siège : .....
  - ▶ de varices ? ..... NON OUI → Siège 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 → Siège 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 ? ..... NON OUI →  
(flexion, extension, latéralité) .....
- Distance main - sol .....
- Signe de Lasègue ? ..... NON OUI → .....
- Existe-t-il une contracture paravertébrale ? ..... NON OUI → Siège .....
- 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 NON OUI → Lesquels ?  
et/ou urinaires ?.....

## 9. Examen neuro-psychiatrique

Constatez-vous :

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

## 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

A 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 : A ..... 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 de SwissLife Assurance et Patrimoine : 86, boulevard Haussmann - 75380 Paris Cedex 08.**

Conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 dite "Informatique et libertés" modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, nous vous informons que le responsable du traitement de vos données personnelles est SwissLife Assurance et Patrimoine. Vous pourrez exercer vos droits d'accès et de rectification prévus par les articles 39 et 40 de la loi précitée, auprès du Médecin conseil du service médical de SwissLife Assurance et Patrimoine, 86, boulevard Haussmann - 75380 Paris Cedex 08. Les données personnelles recueillies seront exclusivement utilisées pour le traitement de votre dossier, dans le strict respect du secret médical, par SwissLife, destinataire, avec ses mandataires et réassureurs, de l'information. Le défaut de réponse aux questions peut avoir pour conséquence le non examen de votre dossier.

N° DU CONTRAT :   OBJET :

- V. 1143.0001    Adhésion Swiss Garantie Sérénité
- V. 1143.0002    Adhésion Swiss Homme-Clef
- V. 1346/0001    Adhésion SwissLife Garantie Emprunteur



Code de l'intermédiaire commercial : \_\_\_\_\_

## Examen médical cardiologique

### Identité de la personne à assurer

Nom et prénoms.....

Nom de jeune fille..... Profession.....

Date de naissance..... Lieu de naissance.....

Domicile.....

.....

Examen médical    Date..... Heure.....

### Antécédents déclarés

.....

.....

.....

.....

Veuillez cocher la case correspondante	Non	Oui	Commentaires
<b>Interrogatoire</b>			
● Existe-t-il : ● des douleurs précordiales suspectes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
● un œdème ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
● une cyanose ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
● Y a-t-il eu des antécédents :			
● d'OAP ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
● de claudication intermittente ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
● d'embolie ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
● Un traitement médical est-il prescrit ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel ?..... Depuis quand ?.....
<b>Mensuration - Pesée</b>			Taille..... Poids.....
<b>Tension artérielle et fréquence cardiaque</b>			
● Au repos ?.....			T.A. .... F.C. ....
● Après 10 flexions profondes des genoux ?.....			T.A. .... F.C. ....
● Après 1 minute de repos ?.....			T.A. .... F.C. ....
<b>Examen clinique</b>			
Existe-t-il :			
● Une anomalie des bruits du cœur ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
● Un souffle ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Systolique ?..... Diastolique ?.....
● Au niveau du cœur ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
● Au niveau des gros vaisseaux ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
● Ce souffle est-il organique ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
● Une arythmie ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Type : ..... Étiologie : .....
● Une abolition des pouls périphériques ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Siège : ..... Origine : .....
● Des varices ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Siège : ..... Importance : .....

# Examen électrocardiographique

Nom ..... Prénom .....

## Données électrocardiographiques

ECG effectué le .....

Rythme : Type ? ..... Fréquence ? .....

Onde P : Durée ? ..... Axe ? ..... Dimension ? .....

Intervalle PR : Durée ? .....

Complexe QRS : Durée ? ..... Axe ? ..... Forme ? ..... Dimension ? .....

Segment ST : .....

Onde T : .....

Intervalle QT : .....

Existe-t-il :  Une onde Q pathologique ? .....

Un bloc de branche ? ..... Nature ? .....

Des troubles de la conduction auriculo-ventriculaire ? .....

### NOTA :

Existe-t-il un enregistrement pouvant servir de point de comparaison ? .....

Résultat d'une éventuelle scopie .....

## Interprétation clinique ou électrocardiographique

- Anomalies relevées ? .....
- Significations ? .....
- Valeur pronostique ? .....

Merci de joindre le tracé ECG au présent rapport.

## Toutes autres remarques éventuelles

Montant des honoraires réglés par la personne à assurer :

Cachet du médecin

A ..... le .....  
Signature du médecin examinateur