



**FORMALITES CONTRACTUELLES**  
**ASSUREUR Allianz**

**Version 28.01.2011**

**Champs d'application: MAGNOLIA**

**Date d'effet : 01.02.2011**

Age de la personne à assurer (1)	Montant des Capitaux (2)	Formalités d'admission (3)
<b>&lt; 45 ans</b>	<b>≤ 300 000 €</b>	QS
	<b>&gt; 300 000 € à ≤ 500 000 €</b>	QS + RM + Examen 1 + Test de cotinine urinaire pour les non fumeurs
	<b>&gt; 500 000 € à &lt; 1 600 000 €</b>	QS + RM + RMCV + Examen 1 + Test de cotinine urinaire pour les non fumeurs
	<b>≥ 1 600 000 €</b>	QS + RM + RMCV+ Echographie cardiaque + Examen 2 + Examen d'urine + Test de cotinine urinaire pour les non fumeurs + Formalités financières
<b>≥ 45 ans &lt; 55 ans</b>	<b>≤ 200 000 €</b>	QS
	<b>&gt; 200 000 € à &lt; 1 600 000 €</b>	QS + RM + RMCV + Examen 1 + Test de cotinine urinaire pour les non fumeurs
	<b>≥ 1 600 000 €</b>	QS + RM + RMCV+ Echographie cardiaque + Examen 2 + Examen d'urine + Test de cotinine urinaire pour les non fumeurs + Formalités financières
<b>≥ 55 ans</b>	<b>≤ 100 000 €</b>	QS
	<b>&gt; 100 000 € à &lt; 1 600 000 €</b>	QS + RM + RMCV + Examen 1 + Test de cotinine urinaire pour les non fumeurs
	<b>≥ 1 600 000 €</b>	QS + RM + RMCV + Echographie cardiaque + Examen 2 + Examen d'urine + PSA (hommes) + Test de cotinine urinaire pour les non fumeurs + Formalités financières

(1) calcul de l'âge : âge exact

(2)Capitaux : capitaux à assurer par opération de financement (hors encours)

(3)Définitions :

- **QS** : Questionnaire de santé
- **RM** : rapport médical (5 pages COM09286)
- **RMCV** : rapport médical cardio-vasculaire (3 pages COM13143) complété par un cardiologue comprenant un ECG (12 dérivations) avec compte rendu
- **Echographie cardiaque** avec compte rendu
- **Examen 1** : Numération globulaire avec formule sanguine, plaquettes, vitesse de sédimentation, glycémie à jeun, cholestérol total, HDL, LDL, transaminases ASAT, ALAT, test de dépistage hépatite C (recherche des anticorps anti VHC), test de dépistage VIH 1 et 2, triglycérides, créatinine, Gamma GT
- **Examen 2** : Numération globulaire avec formule sanguine, plaquettes, vitesse de sédimentation, glycémie à jeun, cholestérol total, HDL, LDL, transaminases ASAT, ALAT, test de dépistage hépatite B (recherche de l'antigène HBs), test de dépistage hépatite C (recherche des anticorps anti VHC), test de dépistage VIH 1 et 2, triglycérides, créatinine, Gamma GT
- **PSA** : Prostatic Spécific Antigen pour les hommes
- **Examen d'urine** : sucre, albumine, hématies, leucocytes
- Test de cotinine urinaire pour les non fumeurs
- Questionnaire financier et activités « emprunteur » DEE595 V09/09 imp 09/09

Pour assurer la confidentialité, vous pouvez transmettre ce questionnaire de santé sous pli confidentiel à PRESTAVIE - l'attention du Médecin Conseil - BP 11615 - 44016 NANTES CEDEX 1. Vous y êtes formellement invité si au moins l'une de vos réponses aux questions posées est positive et/ou si vous y joignez d'éventuelles pièces médicales.

Vous pouvez préférer opter, pour des raisons personnelles ou en cas d'urgence, pour une transmission de votre questionnaire et de vos pièces médicales en faxant vous-même au Médecin Conseil, au numéro du Service Médical 0825 560 062. Vous pouvez accélérer l'étude de votre dossier en joignant à ce questionnaire tout document se rapportant à votre santé (bilans biologiques, radiologies, copies d'ordonnances, ...). Le Médecin Conseil de l'assureur se réserve le droit de vous demander la communication de documents médicaux complémentaires. Vos déclarations sont valables 6 mois pour cette demande.

Nous attirons votre attention sur la nécessité de compléter avec le plus grand soin ce questionnaire. L'absence de réponse à au moins une question nous empêchera de statuer sur votre demande d'adhésion à l'assurance. Les réponses à ce questionnaire doivent être écrites obligatoirement de votre main et vous devez prendre seul(e) connaissance des questions et y répondre seul(e), soit sur place, soit à votre domicile. Toutefois à votre demande, vous pouvez être assisté par votre interlocuteur pour remplir le questionnaire ; en ce cas, avant de vous assister votre conseil bancaire vous rappelle les règles de confidentialité définies dans le code de bonne conduite annexé à la convention AERAS.

**Veillez compléter :**

Consommation journalière de tabac .....paquet(s) Consommation journalière d'alcool .....verre(s)

Questions	Cochez		Si vous cochez OUI, merci de donner les précisions demandées
	NON	OUI	
Précisez votre taille : ..... cm Votre poids : ..... kg	↓	↓	
<b>1</b> - Etes-vous actuellement en arrêt de travail, total ou partiel, pour maladie ou accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quels motifs ? ..... Depuis quelle date ? .....
<b>2</b> - Etes-vous actuellement soumis à un traitement médical ou à des soins ou à une surveillance médicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel ? ..... Depuis quelle date ? ..... Pour quel(s) motif(s) ? .....
<b>3</b> - Etes-vous atteint d'une maladie chronique, d'une infirmité ou de séquelles de maladie ou d'accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De quelle nature ? ..... Depuis quelle(s) date(s) ? .....
<b>4</b> - Etes-vous titulaire d'une pension ou d'une rente d'invalidité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s) ? ..... Depuis quelle date ? ..... De quelle nature ? ..... Taux ou catégorie ? .....
<b>5</b> - Une procédure de mise en invalidité est-elle ou va-t-elle être engagée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s) ? ..... A quelle date ? ..... A quel titre ? .....
<b>6</b> - Etes-vous pris en charge à 100% (exonération du ticket modérateur) par votre régime obligatoire (Sécurité Sociale ou régime assimilé) en raison d'une maladie ou d'un accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quels motifs ? ..... A quelle date ? ..... Durée ? .....
<b>7</b> - Au cours des 5 dernières années, avez-vous été en arrêt de travail, total ou partiel, plus de 30 jours consécutifs pour maladie ou accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quels motifs ? ..... A quelle date ? ..... Durée ? .....
<b>8</b> - Quelle que soit la date de l'événement : Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité à l'un des virus de l'immunodéficience humaine (VIH), ou de l'hépatite B (VHB), ou de l'hépatite C (VHC), dont l'un des résultats indique la mention "positif" ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel ou lesquels ? ..... A quelle(s) date(s) ? .....
<b>9</b> - Au cours des 10 dernières années : <b>a. avez-vous présenté une ou plusieurs des maladies ou affections suivantes :</b> - rhumatismales, ostéoarticulaires dont atteintes discales, vertébrales et paravertébrales, lombalgies, sciatiques - cancer, leucémie ou autre maladie du sang - maladies neurologiques ou psychiatriques y compris dépression, hypertension artérielle, diabète, cholestérol, maladies cardiaques, vasculaires, hépatiques, digestives, rénales, respiratoires, gynécologiques, urologiques <b>b. avez-vous :</b> - subi des radiographies, des électrocardiogrammes, un scanner, une IRM, des examens de laboratoires ayant mis en évidence une anomalie ? - suivi d'autres traitements d'une durée continue supérieure à un mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Indiquer de quelles maladies il s'agit et donner toutes les précisions utiles (date de survenance, durée, traitement, date de guérison, séquelles, commentaires)</i> ..... Laquelle ou lesquelles ? ..... A quelle date ? .....
<b>10</b> - Au cours des 10 dernières années, avez-vous été hospitalisé dans une clinique, un hôpital ou une maison de santé y compris en ambulatoire pour un motif autre que : maternité, appendicectomie, ablation des amygdales, et ou végétations, ablation de la vésicule biliaire, césarienne, hernie inguinale, hernie ombilicale, hernie hiatale, varices, hémorroïdes, IVG, chirurgie dentaire, déviation de la cloison nasale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s) ? ..... A quelle date ? ..... Durée(s) ? .....
<b>11</b> - Avez-vous été informé(e) que, dans les 12 prochains mois, vous devrez : - subir des examens de laboratoire, des radiographies, un scanner, une IRM ? - être hospitalisé(e) ? - suivre un traitement médical ? - subir une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s) ? ..... A quelle(s) date(s) ? .....
<b>12</b> - Avez-vous : - suivi un traitement par rayons, cobalt, chimiothérapie ou immunothérapie ? - subi des transfusions de sang ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quels motifs ? ..... A quelle date ? ..... Durée ? .....

**Je certifie exactes et sincères les déclarations ci-dessus. Je reconnais avoir été averti que toute fausse déclaration ou réticence intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de l'état de santé entraîne la nullité de l'assurance conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances. Je reconnais que ce questionnaire est l'un des éléments qui formera le contrat qui sera conclu avec Allianz.**

**Je m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici à la date de prise d'effet de l'assurance.**

**Informatique et libertés - Traitement des données personnelles :** Les informations administratives et médicales recueillies font l'objet d'un traitement manuel et/ou informatique destiné à la gestion de la demande en cours. Le présent document médical sera transmis au Service Médical d'Allianz et de son réassureur si nécessaire, dans le respect du secret médical, ainsi que tous autres documents qui seront nécessaires pour le traitement de ce dossier. Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, les personnes concernées bénéficient d'un droit de demande d'accès et sur pièce justificative : de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données les concernant en adressant leur demande à: PRESTAVIE - BP 11615 - 44016 Nantes Cedex 1. La signature du présent questionnaire de santé vaut acceptation tacite de votre part pour sa transmission au Médecin Conseil intervenant chez le délégataire - PRESTAVIE - BP 11615 - 44016 Nantes Cedex

Mlle  Mme  M Nom et Prénom .....

Fait à ..... le ..... Signature de la personne à assurer

**Partie réservée à l'intermédiaire commercial** - A remplir obligatoirement avant la visite médicale du client

Entité : VIE  COLLECTIVES  SANTÉ  OUTRE-MER  AUTRE : \_\_\_\_\_  
Réseau apporteur : Allianz FinanceConseil  Agents  Courtiers  CPS  AUTRE : \_\_\_\_\_  
Intermédiaire commercial : Identification réseau : \_\_\_\_\_ N° Code : \_\_\_\_\_  
Catégorie (Nom) du contrat : \_\_\_\_\_ N° de la proposition (ou n° de contrat) : \_\_\_\_\_  
Contractant (employeur ou organisme souscripteur du contrat d'assurance collective) : \_\_\_\_\_  
N° code de l'assurance collective : \_\_\_\_\_

Cocher la destination sur la partie note d'honoraires du médecin.

Nous vous signalons que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de la demande en cours. De ce fait, ce document sera transmis au Service Médical d'Allianz et de son réassureur si nécessaire dans le respect du secret médical. Conformément à la loi «informatique et liberté» du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données vous concernant en adressant votre demande à Allianz - Informatique et liberté - Case courrier 1304 - 20 place de Seine - 92086 PARIS LA DÉFENSE CEDEX, ou par courriel : DQRCCDDV@allianz.fr.

## Déclaration de la personne à assurer

**Les réponses à cette partie du questionnaire doivent être écrites obligatoirement de la main de la personne à assurer.**

**1. a) M., Mme, Mlle, Nom :** \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
**b) Date de naissance :** \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_  
**c) Domicile :** \_\_\_\_\_ Situation de famille : marié(e)  célibataire  divorcé(e)  veuf(ve)   
**d) Profession : actuelle** \_\_\_\_\_ antérieure \_\_\_\_\_  
**e) CONTRÔLE D'IDENTITÉ :** nature et numéro de la pièce d'identité : \_\_\_\_\_

**2.** Taille : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ Tension artérielle habituelle : \_\_\_\_\_  
Acuité visuelle (avant correction / après correction) **NON OUI** Oeil droit : \_\_\_\_\_ Oeil gauche : \_\_\_\_\_  
a) Votre poids a-t-il varié de plus de 5 kg durant les douze derniers mois ?  **a**  de combien ? \_\_\_\_\_ raisons : \_\_\_\_\_  
b) Consommez-vous des boissons alcoolisées ?  **b**  vin  bière  apéritif  alcool   
Quantité par jour ? \_\_\_\_\_ cl \_\_\_\_\_ cl \_\_\_\_\_ cl \_\_\_\_\_ cl  
c) Fumez-vous ?  **c**  cigarettes  cigares  pipes   
Combien par jour ? \_\_\_\_\_  
d) Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants (drogues) ?  **d**  lesquels ? \_\_\_\_\_ jusqu'à quand ? \_\_\_\_\_

**3.** a) Vous trouvez-vous en état d'incapacité de travail ?  **a**  totale  partielle  depuis \_\_\_\_\_  
pourquoi ? \_\_\_\_\_  
b) Avez-vous été, durant ces 5 dernières années, incapable de travailler pendant plus de 3 semaines consécutives ?  **b**  quand ? \_\_\_\_\_  
pourquoi ? \_\_\_\_\_  
durée : \_\_\_\_\_

**4. Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des symptômes suivants ?**

	NON	OUI
a) Tuberculose, paludisme, amibiase, maladie sexuellement transmissible ou infection conséquence d'une immuno-déficience acquise (sida) ou toute autre <b>maladie infectieuse ou parasitaire ?</b>	<input type="checkbox"/>	<b>a</b> <input type="checkbox"/>
b) Diabète, hypercholestérolémie, hypertriglycéridémie, goutte, affection de la thyroïde ou toute autre <b>atteinte du système endocrinien ou du métabolisme ?</b>	<input type="checkbox"/>	<b>b</b> <input type="checkbox"/>
c) Anémie, anomalie de la coagulation, de la moelle osseuse, leucémie ou toute autre <b>maladie du sang ?</b>	<input type="checkbox"/>	<b>c</b> <input type="checkbox"/>
d) Dépression, anxiété, tentative de suicide, surmenage, stress, névrose, psychose, tétanie, spasmophilie ou toute autre <b>atteinte psychiatrique ?</b>	<input type="checkbox"/>	<b>d</b> <input type="checkbox"/>
e) Paralysie, épilepsie, sclérose en plaques, myopathie, maladie de Parkinson, démence ou toute autre <b>maladie du système nerveux ou des muscles ?</b>	<input type="checkbox"/>	<b>e</b> <input type="checkbox"/>
f) Surdité, enrouement, trouble de la vue ou toute autre <b>maladie de l'oreille, du nez, de la gorge ou des yeux ?</b>	<input type="checkbox"/>	<b>f</b> <input type="checkbox"/>
g) Malformation ou souffle cardiaque, oedème, douleurs thoraciques, palpitations, artérite, varices, hypertension artérielle, maladie coronarienne, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, trouble de conduction, trouble du rythme ou toute autre <b>maladie de l'appareil cardio-vasculaire ?</b>	<input type="checkbox"/>	<b>g</b> <input type="checkbox"/>
h) Bronchite chronique, asthme, emphyseme, tuberculose ou toute autre <b>maladie de l'appareil respiratoire ou des poumons ?</b>	<input type="checkbox"/>	<b>h</b> <input type="checkbox"/>
i) Hémorragie digestive, troubles de l'oesophage, de l'estomac, de l'intestin, du colon ou du rectum, affections du foie (hépatite, cirrhose), de la vésicule ou du pancréas, hernie ou toute autre <b>maladie de l'appareil digestif ou atteinte de l'abdomen ?</b>	<input type="checkbox"/>	<b>i</b> <input type="checkbox"/>
j) Albuminurie, affection des reins, des voies urinaires (coliques néphrétiques, cystite), des organes génitaux ou toute autre <b>maladie de l'appareil urogénital ?</b>	<input type="checkbox"/>	<b>j</b> <input type="checkbox"/>
k) Psoriasis, kyste, eczéma, naevus ou toute autre <b>maladie de la peau ?</b>	<input type="checkbox"/>	<b>k</b> <input type="checkbox"/>
l) Hernie discale, sciatique, lumbago, douleurs dorsales, douleurs cervicales, arthrose, ostéoporose, tassements, rhumatismes inflammatoires, vascularite ou toute autre <b>maladie des os et des articulations ?</b>	<input type="checkbox"/>	<b>l</b> <input type="checkbox"/>
m) Cancer, tumeur ou toute autre <b>affection maligne ?</b>	<input type="checkbox"/>	<b>m</b> <input type="checkbox"/>
n) Présentez-vous une malformation congénitale ou toute autre <b>maladie ou infirmité</b> non citée plus haut ?	<input type="checkbox"/>	<b>n</b> <input type="checkbox"/>

**S'il a été répondu OUI à l'une ou plusieurs de ces questions, veuillez indiquer de quelle maladie il s'agit ainsi que toutes les précisions utiles (date, durée, traitement, interventions chirurgicales, date de guérison, séquelles, commentaires).**

	NON	OUI	Date	Pourquoi ?
<b>5. Avez-vous déjà été soigné(e) :</b>				
a) en service de médecine ?	<input type="checkbox"/>	<b>a</b> <input type="checkbox"/>	_____	_____
b) en service de chirurgie ?	<input type="checkbox"/>	<b>b</b> <input type="checkbox"/>	_____	_____
c) en service de cardiologie ?	<input type="checkbox"/>	<b>c</b> <input type="checkbox"/>	_____	_____
d) en service de pneumologie ?	<input type="checkbox"/>	<b>d</b> <input type="checkbox"/>	_____	_____
e) en service de neurologie ?	<input type="checkbox"/>	<b>e</b> <input type="checkbox"/>	_____	_____
f) en service de psychiatrie ?	<input type="checkbox"/>	<b>f</b> <input type="checkbox"/>	_____	_____
g) en service de rhumatologie ?	<input type="checkbox"/>	<b>g</b> <input type="checkbox"/>	_____	_____
h) en service de cancérologie ?	<input type="checkbox"/>	<b>h</b> <input type="checkbox"/>	_____	_____
i) en service de néphrologie ?	<input type="checkbox"/>	<b>i</b> <input type="checkbox"/>	_____	_____
j) Avez-vous subi un traitement par substances radioactives ou une chimiothérapie, ou une immunothérapie ?	<input type="checkbox"/>	<b>j</b> <input type="checkbox"/>	_____	_____
k) Avez-vous reçu une ou plusieurs transfusions sanguines ?	<input type="checkbox"/>	<b>k</b> <input type="checkbox"/>	_____	_____
l) Avez-vous été accidenté(e) ? En cas de traumatisme crânien, indiquer s'il y a eu coma ou perte de connaissance et sa durée :	<input type="checkbox"/>	<b>l</b> <input type="checkbox"/>	_____	_____
<b>6.</b>				
a) Avez-vous été réformé ou exempté du service militaire ?	<input type="checkbox"/>	<b>a</b> <input type="checkbox"/>	Si oui, quand ? _____	pourquoi ? _____
b) Etes-vous exonéré(e) du ticket modérateur (100 % Sécurité Sociale) ou bénéficiez-vous d'une prise en charge en ALD par votre régime obligatoire maladie ? Une demande est-elle en cours ?	<input type="checkbox"/>	<b>b</b> <input type="checkbox"/>	Si oui, depuis quand ? _____	Pourquoi ? _____
c) Etes-vous ou avez vous été bénéficiaire d'une pension d'invalidité , d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle, d'un classement travailleur handicapé COTOREP, d'une retraite pour inaptitude ?	<input type="checkbox"/>	<b>c</b> <input type="checkbox"/>	Motif : _____	
<b>7.</b>				
a) Suivez-vous un traitement prescrit médicalement ou recevez-vous des soins prescrits médicalement ?	<input type="checkbox"/>	<b>a</b> <input type="checkbox"/>	Lequel ? (nom des médicaments) _____	
b) Au cours des 5 dernières années, avez-vous suivi un traitement prescrit médicalement ou avez-vous reçu des soins prescrits médicalement pendant plus de 3 semaines consécutives ?	<input type="checkbox"/>	<b>b</b> <input type="checkbox"/>	Pourquoi ? _____ Quand ? _____ pourquoi ? _____ Lequel ? _____	
c) Avez-vous consulté un médecin au cours des 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<b>c</b> <input type="checkbox"/>	Quand ? _____ pourquoi ? _____	
d) Devez-vous être hospitalisé ou subir une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/>	<b>d</b> <input type="checkbox"/>	Quand ? _____ motif ? _____	
<b>8.</b>				
a) Vous a-t-on déjà fait au cours des 5 dernières années :				
• un électrocardiogramme ?	<input type="checkbox"/>	<b>a</b> <input type="checkbox"/>	Quand ? _____	résultat ? _____
• une radiographie du thorax ?	<input type="checkbox"/>	<b>a</b> <input type="checkbox"/>	Quand ? _____	résultat ? _____
• une analyse de sang ?	<input type="checkbox"/>	<b>a</b> <input type="checkbox"/>	Quand ? _____	résultat ? _____
• une analyse des urines ?	<input type="checkbox"/>	<b>a</b> <input type="checkbox"/>	Quand ? _____	résultat ? _____
b) - Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité à l'un des virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou des hépatites, dont l'un des résultats indique la mention « positif » ?	<input type="checkbox"/>	<b>b</b> <input type="checkbox"/>	A quelles dates ? _____ Lesquels _____ Joindre les comptes rendus des examens concernés	
- Avez-vous eu ou avez-vous une infection, conséquence d'une immuno-déficience acquise ?	<input type="checkbox"/>	<b>b</b> <input type="checkbox"/>	Laquelle ? _____	
c) Avez-vous été soumis à d'autres investigations (électroencéphalogramme, radiographie, scanner, scintigraphie, artériographie, doppler) ?	<input type="checkbox"/>	<b>c</b> <input type="checkbox"/>	Quand ? _____ lesquelles ? _____ Lesquelles ? _____ Date et résultats ? _____	
d) Devez-vous subir prochainement des examens médicaux ?	<input type="checkbox"/>	<b>d</b> <input type="checkbox"/>	Quand ? _____ lesquels ? _____	
<b>9. Pour les femmes :</b>				
a) Etes-vous actuellement enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<b>a</b> <input type="checkbox"/>	Si oui, de combien de mois ? _____ complications éventuelles : _____	
b) Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une affection gynécologique ou des glandes mammaires ?	<input type="checkbox"/>	<b>b</b> <input type="checkbox"/>	_____	
c) Vos précédentes grossesses et vos accouchements présentaient-ils des anomalies (grossesse pathologique ou à risque) ?	<input type="checkbox"/>	<b>c</b> <input type="checkbox"/>	Si oui, date et motif : _____	
d) Avez-vous suivi ou suivez-vous un traitement contre la stérilité ?	<input type="checkbox"/>	<b>d</b> <input type="checkbox"/>	Lequel et à quelle date ? _____	

**Les résultats d'examens dont vous disposez doivent être adressés, avec le présent questionnaire, dans l'enveloppe cachetée qui vous a été remise, à l'attention du Service Médical d'Allianz. (En cas d'intervention chirurgicale, fournir les comptes rendus opératoires et histologiques).**

La signature du présent document vaut accord tacite de votre part pour la transmission au service médical d'Allianz et de son réassureur si nécessaire, dans le respect du secret médical.

Je certifie que les réponses consignées ci-dessus sont complètes et sincères et que je n'ai rien dissimulé. Conformément à l'article L 113.8 du Code des Assurances, toute fausse déclaration intentionnelle de ma part entraînerait la nullité de l'assurance.

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature de la personne à assurer  
précédée de la mention manuscrite "LU ET APPROUVÉ"

du Docteur \_\_\_\_\_

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

**REMARQUE : le médecin examinateur est prié de vérifier l'identité du proposant.**

Nom de la personne à assurer : \_\_\_\_\_

En vue de l'appréciation du risque proposé, la personne désignée ci-dessus est invitée à se soumettre à un examen à votre Cabinet.  
Le rapport que nous vous prions d'établir en utilisant la présente formule devra être remis à l'intéressé lui-même, qui l'adressera au Service Médical d'Allianz sous enveloppe confidentielle cachetée et signée.

Nous vous remercions de votre collaboration et vous prions de croire à notre considération distinguée.

Service Médical d'Allianz.

	<b>NON</b>	<b>OUI</b>	
<b>1.</b> Etes-vous le médecin traitant de la personne à assurer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<hr/>			
<b>2. Constitution</b>			
a) Taille _____ cm (résultat de la mensuration)			b) Poids _____ kg (résultat de la pesée)
c) Périmètre du thorax _____ cm en inspiration			d) Circonférence de l'abdomen _____ cm
<hr/>			
<b>3. Généralités</b>			
a) Y a-t-il des difformités ou des malformations (thorax, colonne vertébrale, membres, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles ? _____
b) Existe-t-il des anomalies congénitales et de la croissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles ? _____
c) 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"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? _____
d) Les occupations ou les habitudes de la personne à assurer peuvent-elles nuire à sa santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles ? _____
<hr/>			
<b>4. Système endocrinien et métabolisme</b>			
Votre examen met-il en évidence une anomalie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? _____
<b>Le proposant a-t-il déclaré un diabète ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Renseignements nécessaires : date de début, nature et fréquence du traitement, complications éventuelles.			
Veuillez joindre la copie de la dernière analyse (glycémie à jeun, HbA1c, bilan lipidique)			
<hr/>			
<b>5. Psychiatrie</b>			
Y a-t-il des troubles du comportement ou des signes pouvant évoquer une affection psychiatrique, et notamment dépressive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? _____
<hr/>			
<b>6. Système nerveux et muscles</b>			
Constatez-vous une symptomatologie évocatrice d'une atteinte du système nerveux ou d'une myopathie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? _____
<b>Le proposant a-t-il déclaré une épilepsie ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Renseignements nécessaires : date d'apparition, cause supposée, fréquence des crises et date de la dernière crise, nature du traitement.			
Veuillez joindre la copie des derniers examens effectués (EEG, scanner, etc.)			
<hr/>			
<b>7. Organes sensitifs</b>			
a) Y a-t-il une affection de l'appareil auditif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? _____ D : <input type="checkbox"/> G : <input type="checkbox"/>
Y a-t-il une baisse de l'acuité auditive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Degré _____ D : _____ G : _____
b) Y a-t-il une affection des yeux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? _____ Intensité _____
Nécessité d'une correction ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avant correction : OD = _____ OG = _____
			Après correction : OD = _____ avec _____ dioptries
			OG = _____ avec _____ dioptries
<hr/>			
<b>8. Appareil cardiovasculaire</b>			
<b>Tension artérielle :</b> systolique _____ diastolique _____ non traitée <input type="checkbox"/> traitée <input type="checkbox"/>			
Fréquence du pouls _____ / mn depuis _____			
• Si fréquence inférieure à 60, veuillez effectuer une prise de 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.			
<b>Contrôle éventuel :</b> systolique _____ diastolique _____			
<b>Le proposant a-t-il déclaré une hypertension artérielle ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Renseignements nécessaires : date de découverte et type de diagnostic établi par le médecin traitant, date de début et nature du traitement.			

## 8. Appareil cardiovasculaire (suite)

- a) L'aire cardiaque est-elle agrandie ?  
b) Troubles du rythme ?  
c) Les bruits du coeur sont-ils pathologiques ?  
d) Entendez-vous un souffle cardiaque ?

NON

OUI

Importance \_\_\_\_\_  
Lesquels \_\_\_\_\_  
Systolique  où ? \_\_\_\_\_ Intensité \_\_\_\_\_  
Diastolique  où ? \_\_\_\_\_ Intensité \_\_\_\_\_

Comment se propage-t-il ?

Irradiation ?

Le souffle est-il organique ?

- e) Existe-t-il une anomalie du pouls radial, carotidien, fémoral, tibial postérieur ou pédieux ?

Diagnostic \_\_\_\_\_

Siège \_\_\_\_\_

Droit  Gauche   
Cause \_\_\_\_\_ Importance \_\_\_\_\_

- f) Troubles du système veineux, oedème, troubles trophiques ?

Lesquels ? \_\_\_\_\_

Importance \_\_\_\_\_

## 9. Appareil respiratoire

- a) Votre examen met-il en évidence une anomalie ?  
b) Examen radiologique ?

Laquelle ? \_\_\_\_\_

Résultat \_\_\_\_\_

### Le proposant a-t-il déclaré de l'asthme ou une autre atteinte respiratoire ?

Renseignements nécessaires : date d'apparition, fréquence des crises et date de la dernière crise, degré de difficultés respiratoires, type de traitement et suivi médical.

Veuillez joindre la copie des dernières EFR effectuées.

## 10. Appareil digestif

- a) La langue, le pharynx et les amygdales ont-ils un aspect pathologique ?  
b) La palpation de l'abdomen décèle-t-elle un état pathologique ?  
c) Le foie est-il agrandi ?  
d) La rate est-elle agrandie ?  
e) Y a-t-il une hernie, une éventration ?

Lequel ? \_\_\_\_\_

Lequel ? \_\_\_\_\_

De combien de cm \_\_\_\_\_ consistance \_\_\_\_\_

Palpable sur \_\_\_\_\_ cm cause \_\_\_\_\_

Siège \_\_\_\_\_ bilatérale : non  oui

## 11. Appareil urogénital

Examen de l'urine

(l'urine doit être émise chez le médecin)

a) Albumine

Dosage éventuel : \_\_\_\_\_ g/l \_\_\_\_\_

b) Sucre

Dosage éventuel : \_\_\_\_\_ g/l \_\_\_\_\_

c) Sang

Lesquelles ? \_\_\_\_\_

d) Autres substances anormales

- e) Y a-t-il des indices d'une affection des organes génitaux ?

Laquelle ? \_\_\_\_\_

- f) Y a-t-il des indices d'une affection des seins ?

Laquelle ? \_\_\_\_\_

## 12. Peau

Y a-t-il une affection cutanée ou des phanères ?

Laquelle ? \_\_\_\_\_

## 13. Ganglions lymphatiques

Y a-t-il une augmentation de volume des ganglions lymphatiques ?

Siège : \_\_\_\_\_ origine : \_\_\_\_\_

## 14. Os, articulations et tissu conjonctif

Votre examen met-il en évidence un état pathologique, notamment raideur, douleur, contractures ?

Lequel ? \_\_\_\_\_

## 15. Autres observations

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Cachet et signature du médecin examinateur. Veuillez faire précéder votre signature et votre cachet de la mention manuscrite suivante :  
«attestation confidentielle rédigée et remise en main propre à M. ou Mme XX sur sa demande»

→ **Prière de laisser cette note jointe au rapport** ←

VIE

COLLECTIVES

SANTÉ

OUTRE-MER

AUTRE

NOM et ADRESSE DU MÉDECIN :  
(Cachet professionnel SVP)

NOM et PRÉNOM DE L'ASSURÉ :

VISITE MÉDICALE du :

Date

Signature du Médecin

MONTANT des HONORAIRES

..... EUR

**Cadre réservé à l'Assureur**

N° du contrat .....	Code Médecin .....
N° d'adhésion (affiliation ou souscription) .....	Code IC ou Agence .....
Banque contractante : Code .....	Nature comptable : ..... Code section .....
(Assurance Emprunteurs)	Date chèque .....
	N° chèque .....
	N° d'enregistrement Allianz .....

*Les honoraires du Médecin sont réglés par Allianz*

**ATTENTION**

**Répondre à toutes les questions des 4 pages**

**NE PAS OUBLIER**

**La signature  
de la personne à assurer**

**La signature  
du Médecin examinateur**

Du médecin cardiologue : Dr \_\_\_\_\_

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

**REMARQUE : le médecin examinateur est prié de vérifier l'identité de la personne à examiner.**

Nom(s) et Prénom(s) de la personne : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Partie réservée à l'intermédiaire commercial. **A remplir obligatoirement avant la visite médicale de la personne à assurer.**

Entité :  Vie  Collectives  Santé  Outre-Mer  Autre : \_\_\_\_\_

Intermédiaire commercial, identification du réseau : \_\_\_\_\_ N° Code : \_\_\_\_\_

Réseau apporteur :  Allianz FinanceConseil  Agents  Courtiers  APS  Autre : \_\_\_\_\_

Catégorie (Nom) du contrat : \_\_\_\_\_ N° de la proposition (ou n° de contrat) : \_\_\_\_\_

Contractant (employeur ou organisme souscripteur du contrat d'assurance collective) : \_\_\_\_\_

N° de code de l'assurance collective : \_\_\_\_\_

En vue de l'appréciation du risque proposé, la personne désignée ci-dessus est invitée à se soumettre à un examen à votre cabinet.

Le rapport que nous vous prions d'établir, en utilisant le présent formulaire, devra être remis à l'intéressé lui-même, qui l'adressera au Service Médical d'Allianz, sous enveloppe confidentielle cachetée.

Nous vous remercions de votre collaboration et vous prions de croire à notre considération distinguée.

*Service Médical Allianz*

## 1 Antécédents (préciser nature et dates exactes)

Cardiopathies congénitales ? \_\_\_\_\_

Maladie coronarienne ? \_\_\_\_\_

Valvulopathie ? \_\_\_\_\_

Maladies thromboemboliques ? \_\_\_\_\_

AVC, AIT ? \_\_\_\_\_

HTA ? \_\_\_\_\_

## 2 Facteurs de risque

Diabète, hyperlipidémie, Tabac ? \_\_\_\_\_

Surpoids ? \_\_\_\_\_

## 3 Cœur

Rythme ? \_\_\_\_\_

Auscultation ? \_\_\_\_\_

## 4 Tension artérielle

Minima – Maxima ? \_\_\_\_\_

Constance des chiffres ? \_\_\_\_\_

Traitement antihypertenseur ? \_\_\_\_\_

Appréciation des résultats \_\_\_\_\_

## 5 Artères

Auscultation : fémorale ? Carotide ? \_\_\_\_\_

Palpation des artères périphériques ? \_\_\_\_\_

Index de pression systolique ? \_\_\_\_\_

## 6 Veines

Varices ? \_\_\_\_\_

Troubles trophiques : œdème, ulcère, hypodermite ? \_\_\_\_\_

## 7 Signes de décompensation

Dyspnée, cyanose, œdème, etc. \_\_\_\_\_

Une échographie a-t-elle été pratiquée ? Si oui, indiquez la date et le résultat : \_\_\_\_\_

## 8 Electrocardiogramme

Interprétation ? (joindre le tracé) \_\_\_\_\_

Un électrocardiogramme d'effort a-t-il été pratiqué ? Si oui, indiquez la date et le résultat : \_\_\_\_\_

## 9 Informations complémentaires

En cas d'hospitalisation \* ? \_\_\_\_\_

En cas d'examens pratiqués \* ? (Holter, coronarographie, scintigraphie, I.R.M., echo-doppler ...) \_\_\_\_\_

\* Fournir les derniers comptes rendus

## 10 Avis du médecin – Évaluation du risque cardiovasculaire global

À \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin examinateur. Veuillez faire précéder votre signature et votre cachet de la mention manuscrite suivante :  
« attestation confidentielle rédigée et remise en main propre à M. ou Mme XX sur sa demande ».

Nous vous signalons que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de la demande en cours. De ce fait, ce document sera transmis au Service Médical d'Allianz et de son réassureur si nécessaire, dans le respect du secret médical.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données vous concernant en adressant votre demande à Allianz - Informatique et Libertés - Case courrier 1304 - Tour Neptune - 20 place de Seine - 92086 PARIS LA DEFENSE CEDEX, ou par courriel : DQRCDDV@allianz.fr