

## FORMALITÉS MÉDICALES APPLICABLES

CAPITAUX ASSURÉS	< = 50 ans	> 50 ans
< = 30 000 €	Déclaration d'Etat de Santé	Déclaration d'Etat de Santé
De 30 001 € à 160 000 €		Questionnaire de Santé
De 160 001 € à 230 000 €		Déclaration d'Etat de Santé + Rapport Médical + Profil sanguin + Test de cotinine pour les non-fumeurs
De 230 001 € à 350 000 €		

## Règlement des cotisations

Les cotisations sont payables d'avance le 10 du mois selon la périodicité choisie

### 1<sup>ère</sup> étape

Choisissez votre mode de règlement et cochez.

Echéance	Prélèvement	Chèque
Annuelle	<input type="radio"/> gratuit	<input type="radio"/> 2 € par an
Semestrielle	<input type="radio"/> 2 € par an	<input type="radio"/> 4 € par an
Trimestrielle	<input type="radio"/> 4 € par an	<input type="radio"/> 8 € par an
Mensuelle	<input type="radio"/> 12 € par an	impossible

### 3<sup>e</sup> étape

**Si vous avez choisi le prélèvement, veuillez remplir l'autorisation ci-dessous et nous joindre 1 RIB.**

### 2<sup>e</sup> étape

**Veillez faire un chèque d'acompte forfaitaire de 40 €\* à l'ordre d'ALPTIS ASSURANCES.**

Droit d'entrée**	11 €
Cotisation d'Association (1 € par mois)	
Acompte cotisation	29 €
<b>Total acompte forfaitaire</b>	<b>40 €</b>

\*Dans l'hypothèse où l'adhésion est refusée, le montant de l'acompte forfaitaire sera restitué.

\*\*Le droit d'entrée de 11 € est perçu une fois pour toute lors de l'adhésion. Il n'est pas dû si l'adhérent est déjà membre d'une des Associations souscriptrices.

Ce Questionnaire de Santé doit être complété recto verso par la personne à assurer.

Réf. : PAREO-V5 Q.S.

**RÉPONDRE par OUI ou NON.** Pour chaque réponse "**OUI**, donner toutes les informations s'y rapportant (cause, date, durée, nature, conséquences). Si nécessaire, compléter au verso en identifiant la question par le numéro.

Nom  Prénom  Profession

- 1• Déclaration préalable "Etes-vous fumeur ?"** .....  Oui  Non  
**Si oui**, précisez la quantité journalière \_\_\_\_\_
- 2•** Quel est votre poids ?  kg Quelle est votre taille ?  m
- 3• Etes-vous sous surveillance et/ou traitement médical :**
- pour **tension artérielle** ? .....  Oui  Non  
**Si oui**, votre tension est-elle comprise entre 9/6 et 14/8 ?  Oui  Non
  - pour **hypercholestérolémie** ? .....  Oui  Non  
**Si oui**, indiquez votre taux de cholestérol  Inférieur à 2,50 g/l  
 Entre 2,50 g/l et 2,69 g/l  
 Entre 2,70 g/l et 2,89 g/l  
 Entre 2,90 g/l et 3,20 g/l  
 Supérieur à 3,20 g/l
- 4•** Etes-vous **actuellement en arrêt de travail** à la suite d'une maladie ou d'un accident ? .....  Oui  Non  
**Si oui**, précisez : motif, depuis quand, date de reprise prévue \_\_\_\_\_
- 5• Au cours des 10 dernières années :**
- a) Avez vous été sous surveillance médicale ou sous traitement médical**
- pour maladie rhumatismale, articulaire, arthrose, lumbago ou sciatique ? .....  Oui  Non
  - pour affections disco-vertébrales ? .....  Oui  Non
  - pour troubles psychiques, dépression nerveuse ? .....  Oui  Non
  - pour troubles neurologiques ? .....  Oui  Non
  - pour maladie endocrinienne (diabète, thyroïde...)? .....  Oui  Non
  - pour troubles cardiaques ou vasculaires (artériels ou veineux) ? .....  Oui  Non
  - pour maladies digestives ou du foie ? .....  Oui  Non
  - pour cancer ou tumeur ? .....  Oui  Non
  - pour sclérose en plaques ? .....  Oui  Non
  - pour maladie respiratoire ? .....  Oui  Non
  - pour maladie des reins, vessie, gynécologique ? .....  Oui  Non
- Si oui**, précisez : date, nature de l'affection, traitement, évolution \_\_\_\_\_
- b) Avez-vous suivi un traitement spécialisé tel que rayons, chimiothérapie, immunothérapie ou cobaltothérapie ?..**  Oui  Non  
**Si oui**, précisez : date, durée, motif, résultat \_\_\_\_\_
- 6• Au cours des 5 dernières années, avez-vous subi des opérations ou séjourné en hôpital, clinique, centre hospitalier spécialisé, centre de rééducation ou de réadaptation, maison de repos ou de santé ou tout autre établissement dispensant des soins prescrits par un médecin (sauf pour appendicite, amygdales, hernie inguinale, calculs vésiculaires, végétations, dents de sagesse, varices des jambes et maternité sans complication) ? .....**  Oui  Non  
**Si oui**, précisez : date, durée, motif, résultat \_\_\_\_\_
- 7• Devez-vous être opéré, hospitalisé, consulter un médecin, faire des examens ou un bilan de santé ?.....**  Oui  Non  
**Si oui**, précisez : date, motif \_\_\_\_\_
- 8• Etes-vous atteint d'une affection chronique ou congénitale, d'une infirmité ou invalidité ? .....**  Oui  Non  
**Si oui**, précisez : nature \_\_\_\_\_
- 9• Les examens à visée préventive ou diagnostique** auxquels vous vous êtes soumis au cours des 3 dernières années (examens de sang ou urines, radios, ECG, échographies, scanners, ostéodensométrie ou autres) ont-ils mis en évidence des anomalies ?.....  Oui  Non  
**Si oui**, précisez : date, nature, résultat \_\_\_\_\_

Cette Déclaration d'État de Santé doit être complétée par les personnes :

- de 50 ans ou moins à l'adhésion, souscrivant un prêt inférieur ou égal à 230 000 €
- de plus de 50 ans à l'adhésion souscrivant un prêt inférieur ou égal à 30 000 €

Nom  Prénom  Profession

- 1• Déclaration préalable "Etes-vous fumeur ?"** .....  Oui  Non
- 2• Quel est votre poids ?**  kg **Quelle est votre taille ?**  cm
- 3• Etes-vous sous surveillance et/ou traitement médical :**
- pour **tension artérielle** ? .....  Oui  Non  
**Si oui**, votre tension est-elle comprise entre 9/6 et 14/8 ?  Oui  Non
  - pour **hypercholestérolémie** ? .....  Oui  Non  
**Si oui**, indiquez votre taux de cholestérol  Inférieur à 2,50 g/l  
 Entre 2,50 g/l et 2,69 g/l  
 Entre 2,70 g/l et 2,89 g/l  
 Entre 2,90 g/l et 3,20 g/l  
 Supérieur à 3,20 g/l
- 4• Etes-vous actuellement en arrêt de travail** à la suite d'une maladie ou d'un accident ? .....  Oui  Non
- 5• Au cours des 10 dernières années :**
- a) Avez vous été sous surveillance médicale** ou sous **traitement médical**
- pour maladie rhumatismale, articulaire, arthrose, lumbago ou sciatique ? .....  Oui  Non
  - pour affections disco-vertébrales ? .....  Oui  Non
  - pour troubles psychiques, dépression nerveuse ? .....  Oui  Non
  - pour troubles neurologiques ? .....  Oui  Non
  - pour maladie endocrinienne (diabète, thyroïde...)? .....  Oui  Non
  - pour troubles cardiaques ou vasculaires (artériels ou veineux) ? .....  Oui  Non
  - pour maladies digestives ou du foie ? .....  Oui  Non
  - pour cancer ou tumeur ? .....  Oui  Non
  - pour sclérose en plaques ? .....  Oui  Non
  - pour maladie respiratoire ? .....  Oui  Non
  - pour maladie des reins, vessie, gynécologique ? .....  Oui  Non
- b) Avez-vous suivi** un traitement spécialisé tel que rayons, chimiothérapie, immunothérapie ou cobaltothérapie ? ..  Oui  Non
- 6• Au cours des 5 dernières années**, avez-vous subi des opérations ou séjourné en hôpital, clinique, centre hospitalier spécialisé, centre de rééducation ou de réadaptation, maison de repos ou de santé ou tout autre établissement dispensant des soins prescrits par un médecin (sauf pour appendicite, amygdales, hernie inguinale, calculs vésiculaires, végétations, dents de sagesse, varices des jambes et maternité sans complication) ? .....  Oui  Non
- 7• Au cours des 6 prochains mois**, devez-vous être opéré, hospitalisé, consulter un médecin, faire des examens ou un bilan de santé ? .....  Oui  Non
- 8• Etes-vous atteint** d'une affection chronique ou congénitale, d'une infirmité ou invalidité ? .....  Oui  Non
- 9• Les examens à visée préventive ou diagnostique** auxquels vous vous êtes soumis au cours des 3 dernières années (examens de sang ou urines, radios, ECG, échographies, scanners, ostéodensométrie ou autres) ont-ils mis en évidence des anomalies ? .....  Oui  Non
- 10• Avez-vous déjà fait l'objet d'un test de dépistage des sérologies** portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur le virus de l'immunodéficience humaine (sida) dont le résultat a été positif ? .....  Oui  Non
- 11• Avez-vous fait l'objet d'un refus, d'un ajournement, d'une restriction, ou d'une surprime** pour un précédent contrat d'assurances de personnes ? .....  Oui  Non

**Vous pouvez adresser cette Déclaration d'État de Santé (D.E.S.) sous enveloppe confidentielle à l'attention du Médecin Conseil de l'Assureur, aux bons soins d'ALPTIS ASSURANCES. Si vous avez des réponses positives à cette Déclaration d'État de Santé, veuillez compléter le Questionnaire de Santé en précisant très exactement la nature de votre affection et nous le renvoyer avec la D.E.S. remplie, sous enveloppe confidentielle à l'attention du Médecin Conseil de l'Assureur.**

Je déclare exacts et sincères les renseignements portés sur cette Demande d'Adhésion qui serviront de base à l'acceptation de l'assureur. Je déclare sur l'honneur ne pas exercer une profession exclue à l'article "PROFESSIONS EXCLUES" de la notice d'information contractuelle PAREO-V5. Je reconnais avoir été informé du caractère obligatoire des réponses aux questions posées (sous peine de non examen de mon dossier), ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du code des assurances. J'ai noté que je devrai déclarer sans délai, toute modification, à peine de déchéance. Conformément aux articles 39 et 40 de la loi du 6 janvier 1978 dite "Informatique et libertés" modifiée, je dispose d'un

droit d'accès et de rectification auprès du Médecin Conseil de l'Assureur. Les données personnelles recueillies seront exclusivement utilisées pour le traitement de mon dossier, dans le strict respect du secret médical, par ALPTIS ASSURANCES et par SwissLife Assurance et Patrimoine, destinataire, avec ses mandataires et réassureurs, de l'information.

Fait à , le   
 Signature précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé"



### Déclaration spéciale non fumeur

Je soussigné(e) déclare ne pas avoir fumé de cigarettes, cigares ou pipes au cours des 24 derniers mois. Je déclare également que je n'ai pas dû arrêter de fumer suite à la demande expresse du corps médical. Par ailleurs, je m'engage à prévenir l'assureur en cas de modification de l'état de cette déclaration spéciale non fumeur. Cette déclaration fait partie intégrante de mon contrat d'assurance.

Fait à , le   
 Signature de la personne à assurer



Cette Déclaration d'État de Santé doit être complétée par les personnes :

- de 50 ans ou moins à l'adhésion, souscrivant un prêt inférieur ou égal à 230 000 €
- de plus de 50 ans à l'adhésion souscrivant un prêt inférieur ou égal à 30 000 €

Nom  Prénom  Profession

- 1• Déclaration préalable "Etes-vous fumeur ?" .....**  Oui  Non
- 2• Quel est votre poids ?  kg** **Quelle est votre taille ?  cm**
- 3• Etes-vous sous surveillance et/ou traitement médical :**
- pour **tension artérielle** ? .....  Oui  Non  
**Si oui**, votre tension est-elle comprise entre 9/6 et 14/8 ?  Oui  Non
  - pour **hypercholestérolémie** ? .....  Oui  Non  
**Si oui**, indiquez votre taux de cholestérol  Inférieur à 2,50 g/l  
 Entre 2,50 g/l et 2,69 g/l  
 Entre 2,70 g/l et 2,89 g/l  
 Entre 2,90 g/l et 3,20 g/l  
 Supérieur à 3,20 g/l
- 4• Etes-vous actuellement en arrêt de travail** à la suite d'une maladie ou d'un accident ? .....  Oui  Non
- 5• Au cours des 10 dernières années :**
- a) Avez vous été sous surveillance médicale** ou sous **traitement médical**
- pour maladie rhumatismale, articulaire, arthrose, lumbago ou sciatique ? .....  Oui  Non
  - pour affections disco-vertébrales ? .....  Oui  Non
  - pour troubles psychiques, dépression nerveuse ? .....  Oui  Non
  - pour troubles neurologiques ? .....  Oui  Non
  - pour maladie endocrinienne (diabète, thyroïde...)? .....  Oui  Non
  - pour troubles cardiaques ou vasculaires (artériels ou veineux) ? .....  Oui  Non
  - pour maladies digestives ou du foie ? .....  Oui  Non
  - pour cancer ou tumeur ? .....  Oui  Non
  - pour sclérose en plaques ? .....  Oui  Non
  - pour maladie respiratoire ? .....  Oui  Non
  - pour maladie des reins, vessie, gynécologique ? .....  Oui  Non
- b) Avez-vous suivi** un traitement spécialisé tel que rayons, chimiothérapie, immunothérapie ou cobaltothérapie ? ..  Oui  Non
- 6• Au cours des 5 dernières années**, avez-vous subi des opérations ou séjourné en hôpital, clinique, centre hospitalier spécialisé, centre de rééducation ou de réadaptation, maison de repos ou de santé ou tout autre établissement dispensant des soins prescrits par un médecin (sauf pour appendicite, amygdales, hernie inguinale, calculs vésiculaires, végétations, dents de sagesse, varices des jambes et maternité sans complication) ? .....  Oui  Non
- 7• Au cours des 6 prochains mois**, devez-vous être opéré, hospitalisé, consulter un médecin, faire des examens ou un bilan de santé ? .....  Oui  Non
- 8• Etes-vous atteint** d'une affection chronique ou congénitale, d'une infirmité ou invalidité ? .....  Oui  Non
- 9• Les examens à visée préventive ou diagnostique** auxquels vous vous êtes soumis au cours des 3 dernières années (examens de sang ou urines, radios, ECG, échographies, scanners, ostéodensométrie ou autres) ont-ils mis en évidence des anomalies ? .....  Oui  Non
- 10• Avez-vous déjà fait l'objet d'un test de dépistage des sérologies** portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur le virus de l'immunodéficience humaine (sida) dont le résultat a été positif ? .....  Oui  Non
- 11• Avez-vous fait l'objet d'un refus, d'un ajournement, d'une restriction, ou d'une surprime** pour un précédent contrat d'assurances de personnes ? .....  Oui  Non

**Vous pouvez adresser cette Déclaration d'État de Santé (D.E.S.) sous enveloppe confidentielle à l'attention du Médecin Conseil de l'Assureur, aux bons soins d'ALPTIS ASSURANCES. Si vous avez des réponses positives à cette Déclaration d'État de Santé, veuillez compléter le Questionnaire de Santé en précisant très exactement la nature de votre affection et nous le renvoyer avec la D.E.S. remplie, sous enveloppe confidentielle à l'attention du Médecin Conseil de l'Assureur.**

Je déclare exacts et sincères les renseignements portés sur cette Demande d'Adhésion qui serviront de base à l'acceptation de l'assureur. Je déclare sur l'honneur ne pas exercer une profession exclue à l'article "PROFESSIONS EXCLUES" de la notice d'information contractuelle PAREO-V5. Je reconnais avoir été informé du caractère obligatoire des réponses aux questions posées (sous peine de non examen de mon dossier), ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du code des assurances. J'ai noté que je devrai déclarer sans délai, toute modification, à peine de déchéance. Conformément aux articles 39 et 40 de la loi du 6 janvier 1978 dite "Informatique et libertés" modifiée, je dispose d'un

droit d'accès et de rectification auprès du Médecin Conseil de l'Assureur. Les données personnelles recueillies seront exclusivement utilisées pour le traitement de mon dossier, dans le strict respect du secret médical, par ALPTIS ASSURANCES et par SwissLife Assurance et Patrimoine, destinataire, avec ses mandataires et réassureurs, de l'information.

Fait à , le   
Signature précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé"



### Déclaration spéciale non fumeur

Je soussigné(e) déclare ne pas avoir fumé de cigarettes, cigares ou pipes au cours des 24 derniers mois. Je déclare également que je n'ai pas dû arrêter de fumer suite à la demande expresse du corps médical. Par ailleurs, je m'engage à prévenir l'assureur en cas de modification de l'état de cette déclaration spéciale non fumeur. Cette déclaration fait partie intégrante de mon contrat d'assurance.

Fait à , le   
Signature de la personne à assurer



Ce Questionnaire de Santé doit être complété recto verso par la personne à assurer.

Réf. : PAREO-V5 Q.S.

**RÉPONDRE par OUI ou NON.** Pour chaque réponse **"OUI, donner toutes les informations s'y rapportant** (cause, date, durée, nature, conséquences). Si nécessaire, compléter ci-dessous en identifiant la question par le numéro.

Nom  Prénom  Profession

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>10•</b> Avez-vous déjà fait l'objet d'un test de dépistage des sérologies portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur le virus de l'immunodéficience humaine (sida) dont le résultat a été positif ? .....</p> <p><b>Si oui,</b> précisez : date, test, résultat _____</p> <p><b>11•</b> Consommez-vous des boissons alcoolisées quotidiennement ? .....</p> <p><b>Si oui,</b> précisez : quantités journalières _____</p> <p><b>12•</b> Avez-vous des séquelles d'un accident (automobile ou autre) ? .....</p> <p><b>Si oui,</b> précisez : séquelles, date _____</p> <p><b>13•</b> Durant les 5 dernières années, avez-vous dû interrompre votre travail pendant plus de 3 semaines consécutives ?.</p> <p><b>Si oui,</b> précisez : date, durée, motif _____</p> <p><b>14•</b> Au cours des 10 dernières années, avez-vous subi des transfusions de sang, de dérivés sanguins, des examens médicaux (analyse de sang, d'urine, électrocardiogramme, radiographie) ? .....</p> <p><b>Si oui,</b> précisez : date, durée, motif, résultat _____</p> <p><b>15•</b> Avez-vous fait l'objet d'un refus, d'un ajournement, d'une restriction, ou d'une surprime pour un précédent contrat d'assurances de personnes ? .....</p> <p><b>Si oui,</b> précisez : date, motif _____</p> <p><b>16•</b> Pour les femmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grossesse et accouchement antérieurs, compliqués : .....</li> <li>• Grossesse en cours : .....</li> </ul> <p><b>Si oui,</b> précisez : date _____</p> | <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## Complément d'information (merci d'identifier la question)

J'ai bien noté qu'il peut m'être demandé de me soumettre à une visite et à des examens médicaux.

Je déclare exacts et sincères les renseignements portés sur ce questionnaire qui serviront de base à l'acceptation de l'assureur.

Je reconnais avoir été informé du caractère obligatoire des réponses aux questions posées (sous peine de non examen de mon dossier), ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du code des assurances.

Conformément aux articles 39 et 40 de la loi du 6 janvier 1978 dite "Informatique et libertés" modifiée, je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès du Médecin conseil de l'Assureur, aux bons soins d'ALPTIS ASSURANCES.

Les données personnelles recueillies seront exclusivement utilisées pour le traitement de mon dossier, dans le strict respect du secret médical, par ALPTIS ASSURANCES et par SWISSLIFE, destinataire, avec ses mandataires et réassureurs, de l'information.

Fait à , le

Signature précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé"



### Déclaration spéciale non fumeur

- En cochant cette case, je déclare ne pas avoir fumé de cigarettes, cigares ou pipes au cours des 24 derniers mois. Je déclare également que je n'ai pas dû arrêter de fumer suite à la demande expresse du corps médical. Par ailleurs, je m'engage à prévenir l'assureur en cas de modification de l'état de cette déclaration spéciale non fumeur. Cette déclaration fait partie intégrante de mon contrat d'assurance.

**Vous pouvez adresser ce questionnaire sous enveloppe confidentielle à l'attention du Médecin Conseil de l'Assureur, aux bons soins d'ALPTIS ASSURANCES. 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, vous êtes formellement invité à transmettre ce questionnaire au Médecin Conseil de l'Assureur.**

**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.**

Réf. : PAREO-V5 R.M.

NOM  Prénom  Date de naissance

Rapport médical de Monsieur le Docteur   
**Déclarations de la personne à assurer recueillies et rédigées par le médecin examinateur.**

**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.**

<b>1. IDENTITÉ</b>		
1.1 Nom et prénom (suivi s'il y a lieu du nom d'époux).....	_____	
1.2 Date et lieu de naissance .....	_____	
1.3 Domicile .....	_____	
1.4 Profession (avec détails) .....	Actuelle _____	Antérieure _____
1.5 Si vous avez séjourné ou résidé à l'étranger (sauf Europe et Amérique du Nord) ou si vous envisagez de le faire au cours des 12 prochains mois .....	Où ? _____	Quand ? _____
	But ? _____	Durée ? _____
<b>2. HABITUDES DE VIE</b>		
2.1 Consommez-vous des boissons alcoolisées ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Quantité par jour ? .....		
2.2 Fumez-vous ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Cigarettes <input type="radio"/> Cigares <input type="radio"/> Pipes
Combien par jour ? .....	_____	
2.3 Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants (drogues) ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Lesquels ? _____
		Jusqu'à quand ? _____
2.4 Sports pratiqués régulièrement .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Lesquels ? _____
A titre professionnel ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	_____
En compétition ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	_____
2.5 Votre poids a-t-il significativement varié au cours de la dernière année ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	_____ kg Cause _____
		Intentionnellement ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<b>3. PASSÉ PATHOLOGIQUE</b>		
3.1 Avez-vous ou avez-vous eu une affection ou un symptôme suggérant :		
a) une <b>maladie infectieuse, parasitaire ou sexuellement transmissible</b> ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
b) une <b>atteinte du système endocrinien ou du métabolisme</b> ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
c) une <b>maladie du sang</b> ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
d) une <b>atteinte psychiatrique</b> ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
e) une <b>maladie du système nerveux ou des muscles</b> ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
f) une <b>maladie de l'oreille, du nez, de la gorge ou de l'œil</b> ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
g) une <b>maladie de l'appareil cardiovasculaire</b> ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
h) une <b>maladie de l'appareil respiratoire</b> ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
i) une <b>maladie de l'appareil digestif ou une atteinte de l'abdomen</b> ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
j) une <b>maladie de l'appareil urogénital</b> ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
k) une <b>maladie de la peau</b> ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
l) une <b>maladie des os ou des articulations</b> ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
m) une <b>autre maladie ou infirmité</b> ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
3.2 Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
3.3 Avez-vous subi un traitement par substances radioactives, une chimiothérapie ou une transfusion sanguine ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	

Réf. : PAREO-V5 R.M.

NOM <input style="width:90%;" type="text"/>	Prénom <input style="width:90%;" type="text"/>	Date de naissance <input style="width:90%;" type="text"/>
---------------------------------------------	------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

<b>3. PASSÉ PATHOLOGIQUE (suite)</b>		
3.4 Avez-vous été accidenté ? ..... En cas de traumatisme crânien, indiquez s'il y a eu perte de connaissance et sa durée	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
3.5 Avez-vous séjourné dans un hôpital, une maison de santé, un sanatorium, une station thermale ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	

S'il a été répondu **OUI** à l'une des questions du paragraphe **3 • Passé pathologique**, de quelle maladie ou opération, de quel accident s'agit-il ? \_\_\_\_\_  
 Quand, durée, date de guérison, séquelles, commentaires \_\_\_\_\_

<b>4. INVALIDITÉ</b>		
4.1 Etes-vous bénéficiaire d'une rente d'invalidité ? ..... <input type="radio"/> Civile <input type="radio"/> Militaire (joindre le titre de pension précisant le motif)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Motif _____ Taux ? _____ Depuis quand ? _____
4.2 Pour les hommes ayant relevé de la conscription obligatoire : Vous a-t-on déclaré inapte au service militaire ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Quand ? _____ Pourquoi ? _____

<b>5. POUR LES PERSONNES DE SEXE FÉMININ</b>		
5.1 Grossesses antérieures ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Combien ? _____ Complications éventuelles _____
5.2 Etes-vous enceinte ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	De combien de mois ? _____ Complications éventuelles _____
5.3 Prenez-vous des anticonceptionnels ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	

6.1 Suivez-vous un traitement ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Lequel ? _____ Pourquoi ? _____
6.2 Recevez-vous des soins médicaux ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Lesquels ? _____ Pourquoi ? _____
6.3 Avez-vous été, au cours des 5 dernières années, traité pendant plus de 3 semaines ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Quand ? _____ Pourquoi ? _____
6.4 Avez-vous consulté un médecin au cours des 12 derniers mois ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Quand ? _____ Pourquoi ? _____
6.5 Devez-vous être hospitalisé prochainement ou subir une intervention chirurgicale ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Quand ? _____ Pourquoi ? _____

7.1 Vous a-t-on fait au cours des 5 dernières années (en dehors des examens réalisés dans le cadre de la présente demande d'adhésion) :		
• un électrocardiogramme ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Quand ? _____ Résultat ? _____
• une radiographie du thorax ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Quand ? _____ Résultat ? _____
• une analyse de sang ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Quand ? _____ Résultat ? _____
• un test de dépistage du sida ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Quand ? _____ Résultat ? _____
• une analyse des urines ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Quand ? _____ Résultat ? _____
7.2 Avez-vous été soumis à d'autres investigations (par exemple électroencéphalogramme, scanner, scintigraphie, artériographie) ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Résultat ? _____ Quand ? _____ Lesquelles ? _____

8.1 Vous trouvez-vous en état d'incapacité de travail ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Totale <input type="radio"/> Partielle Depuis ? _____ Pourquoi ? _____
8.2 Avez-vous été, durant les 5 dernières années, incapable de travailler pendant plus de 3 semaines pour raison de santé ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Quand ? _____ Durée ? _____ Pourquoi ? _____

9.1 Quel est votre médecin habituel (adresse) ? .....		_____
-------------------------------------------------------	--	-------

Déclaration spéciale non fumeur :  En cochant cette case, je déclare ne pas avoir fumé de cigarettes, cigares ou pipes au cours des 24 derniers mois. Je déclare également que je n'ai pas dû arrêter de fumer suite à la demande expresse du corps médical. Par ailleurs, je m'engage à prévenir l'assureur en cas de modification de l'état de cette déclaration spéciale non fumeur. Cette déclaration fait partie intégrante de mon contrat d'assurance.

Je certifie avoir répondu sincèrement aux questions précitées et n'avoir rien dissimulé. J'autorise les médecins et autres personnes interrogés par l'assureur à donner confidentiellement à son Service médical les renseignements demandés en relation avec le contrat d'assurance. J'ai été informé que toute fausse déclaration intentionnelle ou omission entraînerait la nullité de mon contrat conformément à la loi. J'ai noté que le défaut de réponse aux questions peut avoir pour conséquence le non examen de mon dossier. Conformément aux articles 39 et 40 de la loi du 6 janvier 1978 dite "Informatique et libertés" modifiée, je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès du Médecin conseil de l'Assureur. Les données personnelles recueillies seront exclusivement utilisées pour le traitement de mon dossier, dans le strict respect du secret médical, par ALPTIS ASSURANCES et par SWISSLIFE Assurance et Patrimoine, destinataire, avec ses mandataires et réassureurs, de l'information.	Fait à <input style="width:80%;" type="text"/> , le <input style="width:80%;" type="text"/> Signature de l'Assuré	Pour attestation de l'exacte transcription de l'anamnèse, le Médecin examinateur
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------

# Rapport Médical

N° proposition Internet



**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.**

Réf. : PAREO-V5 R.M.

NOM  Prénom  Date de naissance

## EXAMEN MÉDICAL DE LA PERSONNE A ASSURER

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

10.1 Vous êtes-vous assuré de l'identité de la personne à assurer ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
10.2 L'avez-vous déjà soignée ? Si oui, dernière consultation	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Quand ? _____ Pourquoi ? _____
<b>11. CONSTITUTION / GÉNÉRALITÉS</b>		
11.1 Taille	_____ cm	
11.2 Poids	_____ kg	
11.3 Périmètre du thorax	_____ cm (en inspiration) _____ cm (en expiration)	
11.4 Circonférence de l'abdomen	_____ cm	
11.5 Existe-t-il des anomalies congénitales et de la croissance ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Lesquelles ? _____
11.6 Y a-t-il des difformités ou des malformations (thorax, colonne vertébrale, membres, etc) ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Lesquelles ? _____
<b>12. HABITUDES</b>		
12.1 Les occupations ou les habitudes de la personne à assurer peuvent-elles nuire à sa santé ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Lesquelles ? _____
12.2 Y a-t-il des signes suggérant une consommation d'alcool excessive, des indices d'abus d'alcool, de médicaments ou d'usage de stupéfiants ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Lesquels ? _____
<b>13. SYSTÈME ENDOCRINIEN ET MÉTABOLISME PSYCHIATRIE / SYSTÈME NERVEUX ET MUSCLES</b>		
13.1 Votre examen met-il en évidence une anomalie ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Laquelle ? _____
13.2 Y a-t-il des troubles du comportement ou des signes pouvant évoquer une affection psychiatrique ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Lesquels ? _____
13.3 Constatez-vous une symptomatologie évocatrice d'une atteinte du système nerveux ou d'une myopathie ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Laquelle ? _____
<b>14. ORGANES SENSITIFS</b>		
14.1 Y a-t-il une affection de l'appareil auditif ? Y a-t-il une baisse de l'acuité auditive ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Laquelle ? _____ <input type="radio"/> D <input type="radio"/> G Degré ? _____ <input type="radio"/> D _____ <input type="radio"/> G _____
14.2 Y a-t-il une affection des yeux ? Nécessite-t-elle une correction ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Laquelle ? _____ Avant correction : OD _____ OG _____ Après correction : OD _____ avec _____ dioptries OG _____ avec _____ dioptries
<b>15. APPAREIL CARDIOVASCULAIRE</b>		
15.1 L'aire cardiaque est-elle agrandie ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Importance ? _____
15.2 Troubles du rythme ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Lesquels ? _____
15.3 Les bruits du cœur sont-ils anormaux (dédoublé, roulement, etc) ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Intensité ? _____
15.4 Entendez-vous un souffle cardiaque ? Comment se propage-t-il ? Irradiation ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Systolique Où _____ Intensité _____ <input type="radio"/> Diastolique Où _____ Intensité _____
15.5 Le souffle est-il organique ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Diagnostic ? _____

Verso à compléter →

Réf. : PAREO-V5 R.M.

NOM <input style="width:90%;" type="text"/>	Prénom <input style="width:90%;" type="text"/>	Date de naissance <input style="width:90%;" type="text"/>
---------------------------------------------	------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

<b>15. APPAREIL CARDIOVASCULAIRE (suite)</b>		
15.6 Existe-t-il une anomalie du pouls radial, carotidien, fémoral, tibial, postérieur ou pédieux ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Siège ? _____ <input type="radio"/> Droit <input type="radio"/> Gauche Cause ? _____ Importance ? _____
15.7 Troubles du système veineux, œdème, troubles trophiques ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Lesquels ? _____ Importance ? _____
15.8 <b>TENSION ARTÉRIELLE</b> .....	Systolique _____ Diastolique _____	<input type="radio"/> Non traitée <input type="radio"/> Traitée
15.9 Fréquence du pouls .....	_____ /mm	Résultat _____
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si fréquence inférieure à 60, veuillez effectuer une prise du pouls à l'effort .....</li> <li>• 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.</li> </ul>		
15.10 Contrôle éventuel.....	Systolique _____ Diastolique _____ Pulsations _____/mm	
<b>16. APPAREIL RESPIRATOIRE</b>		
16.1 Votre examen met-il en évidence une anomalie ?.....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Laquelle ? _____
16.2 Examen radiologique ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Résultat ? _____
<b>17. APPAREIL DIGESTIF</b>		
17.1 La langue, le pharynx et les amygdales ont-ils un aspect pathologique ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Lequel ? _____
17.2 La palpation de l'abdomen décèle-t-elle un état pathologique ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Lequel ? _____
17.3 Le foie est-il agrandi ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	De combien de cm ? _____ Consistance _____
17.4 La rate est-elle agrandie ?.....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Palpable sur _____ cm Cause _____
17.5 Y a-t-il une hernie, une éventration ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Siège _____ Bilatérale <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<b>18. APPAREIL UROGÉNITAL</b>		
18.1 Examen de l'urine (l'urine doit être émise chez le médecin)	Albumine <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Sucre <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Sang <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Pus <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Dosage éventuel _____ gl/l Dosage éventuel _____ gl/l _____ Autres substances anormales _____
18.2 Y a-t-il des indices d'une affection des organes génitaux ou des seins ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Laquelle ? _____
<b>19. GANGLIONS LYMPHATIQUES</b>		
19.1 Y a-t-il une augmentation de volume des ganglions lymphatiques ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Siège _____ Origine _____
<b>20. OS, ARTICULATIONS ET TISSU CONJONCTIF / PEAU</b>		
20.1 Votre examen met-il en évidence un état pathologique ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Lequel _____
20.2 Y a-t-il une affection cutanée ou des phanères ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Laquelle _____
<b>21. CONCLUSION</b>		
21.1 Estimez-vous que le pronostic vital de cette personne est altéré ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	_____
21.2 Faites-vous des réserves sur les risques d'invalidité totale ou partielle ou d'incapacité de travail ? .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	_____
21.3 Remarques spéciales et suggestions .....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	_____

<b>NOTE D'HONORAIRES</b> Honoraires dus à M. le Docteur _____ Adresse _____ _____ Préciser le mode de paiement désiré _____ pour l'examen de M. _____ Euros _____	Fait à <input style="width:60%;" type="text"/> , le <input style="width:20%;" type="text"/> <b>Cachet et signature du Médecin examinateur</b> 
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------