

EXAMED-2

NON OUI

Si OUI, merci de préciser impérativement :

Tension artérielle :

Systolique Diastolique

11 Est-elle traitée ? Depuis quand ?
 - Si les chiffres tensionnels sont supérieurs à 13,7/8,7, veuillez effectuer un contrôle en fin d'examen après repos.
 Contrôle éventuel : Systolique Diastolique

Pouls

12 Fréquence du pouls : /mn
 - Si fréquence inférieure à 60 ou supérieure à 90, veuillez effectuer un contrôle en fin d'examen. Résultat du contrôle :

Appareil respiratoire

13 a) Votre examen met-il en évidence une anomalie ? Laquelle ?
 b) Examen radiologique (déjà réalisé) ? Date : / / Résultat ?

Appareil digestif

14 a) La langue, le pharynx et les amygdales ont-ils un aspect pathologique ? Lequel ?
 b) La palpation de l'abdomen décèle-t-elle un état pathologique ? Lequel ?
 c) Le foie est-il agrandi ? De combien de cm ? Consistance
 d) La rate est-elle agrandie ? Palpable sur cm - Cause :
 e) Y a-t-il une hernie, une éventration ? Siège : - Bilatérale : Oui Non

Appareil urogénital

15 a) Y a-t-il des indices d'une affection des organes génitaux ou des seins ? Lesquels ?
 b) Examen de l'urine (obligatoire) - (l'urine doit être émise chez le médecin)
 albumine Dosage éventuel : g/l Autres substances anormales
 sucre Dosage éventuel : g/l
 sang
 pus

Peau

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

Ganglions lymphatiques

17 Y a-t-il une augmentation du volume des ganglions lymphatiques ? Siège ?
 Origine

Os, articulations et tissu conjonctif

18 Votre examen met-il en évidence un état pathologique ? Lequel ?

Conclusion

19 a) Estimez-vous que le pronostic vital de cette personne est altéré ?
 b) Faites-vous des réserves sur les risques d'invalidité totale ou partielle ou d'incapacité de travail ?
 c) Remarques spéciales et suggestions :

IMPORTANT : la société invite le médecin à s'abstenir, à l'égard de la personne à assurer ou de l'intermédiaire, de toute remarque qui pourrait faire préjuger de la décision de l'assureur.

Les informations recueillies sur ce document sont nécessaires à l'étude et au traitement de la demande qui se feront dans le strict respect du secret médical. Le médecin est prié d'informer le demandeur que ses données médicales sont destinées à MetLife, ses mandataires et réassureurs et de s'assurer qu'il y consent expressément. Le demandeur peut, conformément à la Loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, y accéder, les faire rectifier ou s'opposer à leur traitement pour des motifs légitimes, en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à MetLife, Cœur Défense, Tour A, 110 Esplanade du Général de Gaulle, 92931 LA DEFENSE Cedex, à l'attention du « Médecin Conseil » en précisant ses nom, prénom et si possible sa référence client.

Fait à , le / /

Cachet du médecin-examineur

Signature du médecin-examineur

X

Veuillez SVP adresser directement ce rapport et la note de vos honoraires* (à concurrence du plafond de la Compagnie), accompagnés impérativement de la proposition d'assurance complétée et signée par l'assuré sous pli confidentiel à : MetLife - DIP - à l'attention du Médecin Conseil - Cœur Défense - Tour A - 110 Esplanade du Général de Gaulle - 92931 LA DEFENSE Cedex.
 * Les honoraires ne seront remboursés qu'à réception des documents originaux précités.