

RAPPORT MÉDICAL CONFIDENTIEL

AVIS IMPORTANT : L'organisme assureur fonde ses engagements sur la bonne foi des déclarations ci-après, présumées sincères et exactes. Toute fausse déclaration, toute réticence de nature à atténuer l'importance du risque entraîne la nullité de l'assurance.

Partie n°1 :

ETAT DE SANTE

A remplir par la personne à assurer ou par le médecin examinateur si une visite médicale est exigée, dans les deux cas, la personne à assurer doit signer le questionnaire.

Prière de répondre lisiblement à toutes les questions, de cocher les cases correspondantes et de compléter les rubriques lorsqu'un commentaire est souhaité.

Nom et Prénoms (suivi s'il y a lieu du nom d'époux) :
 Date de naissance et nationalité :
 Domicile :
 Situation de famille :
 Profession (avec détail) : Actuelle : Antérieure :

| 1 | NON | OUI | COMMENTAIRES |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| a) Sports pratiqués (y compris l'aviation) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lesquels ? |
| b) Avez-vous séjourné ou résidé à l'étranger (sauf Europe et Amérique du Nord) ou envisagez-vous de le faire au cours des 12 prochains mois ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Où ? Quand ? But ? |

| | | | | | | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|---|---|---|--|
| 2 | a) Consommez-vous des boissons alcoolisées ? - Quantité par jour ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vin <input type="checkbox"/>cl | Bière <input type="checkbox"/>cl | Apéritifs <input type="checkbox"/>cl | Alcool <input type="checkbox"/>cl |
| | b) Fumez-vous ? - Combien par jour ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cigarettes <input type="checkbox"/> | Cigares <input type="checkbox"/> | Pipes <input type="checkbox"/> | |
| | c) Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants (drogues) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lesquels ? | Jusqu'à quand ? | | |
| | d) Taille : cm | Poids : kg | | Tension artérielle habituelle : / | | | |

| 3 | NON | OUI |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des symptômes suivants : | | |
| a) Tuberculose, paludisme, amibiase, maladies sexuellement transmissibles ou infection conséquence d'une immuno-déficience acquise (VIH) ou toute autre maladie infectieuse ou parasitaire ? | <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> |
| b) Diabète, hypercholestérolémie, goutte, affection de la thyroïde (goitre) ou toute autre atteinte du système endocrinien ou de métabolisme ? | <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> |
| c) Anémie, anomalie de la coagulation, de la moelle osseuse, leucémie ou toute autre maladie du sang ? | <input type="checkbox"/> | C <input type="checkbox"/> |
| d) Dépression, asthénie, anxiété, tentative de suicide, surmenage, stress, névrose, psychose ou toute autre atteinte psychiatrique ? | <input type="checkbox"/> | D <input type="checkbox"/> |
| e) Paralysie, accident vasculaire cérébral, épilepsie, sclérose en plaques, sciatique, ou toute autre atteinte du système nerveux ou des muscles ? | <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> |
| f) Surdité, enrouement, troubles de la vue ou toute autre maladie de l'oreille, du nez, de la gorge ou de l'œil ? | <input type="checkbox"/> | F <input type="checkbox"/> |
| g) Malformation ou souffle cardiaque, œdème, douleur thoracique, palpitations, artérites, varices, hypertension artérielle, maladie coronarienne, infarctus du myocarde, trouble du rythme ou toute autre maladie de l'appareil cardio-vasculaire ? | <input type="checkbox"/> | G <input type="checkbox"/> |
| h) Bronchite chronique, allergie, asthme, emphysème, tuberculose ou toute autre maladie de l'appareil respiratoire ? | <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |
| i) Hémorragie digestive, troubles de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin, du côlon, ou du rectum, affections du foie (hépatite, cirrhose), de la vésicule ou du pancréas, hernie ou toute autre maladie de l'appareil digestif, ou atteinte de l'abdomen ? | <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> |
| j) Albuminurie, affections des reins, des voies urinaires (coliques néphrétiques, cystite), des organes génitaux ou toute autre maladie de l'appareil urogénital ? | <input type="checkbox"/> | J <input type="checkbox"/> |
| k) Psoriasis, allergie, kyste ou toute autre maladie de la peau ? | <input type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> |
| l) Ostéoporose, lumbago, hernie discale, arthrose, douleurs dorsales ou toute autre maladie des os ou des articulations ? | <input type="checkbox"/> | L <input type="checkbox"/> |
| m) Perte de poids durant la dernière année ou toute autre maladie ou infirmité non citée plus haut ? | <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|---|---|--------------------------|----------------------------|
| 4 | a) Avez-vous été opéré ? | <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> |
| | b) Avez-vous subi un traitement par substances radioactives, une chimiothérapie ou une transfusion sanguine ? | <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> |
| | c) Avez-vous été accidenté ? | <input type="checkbox"/> | C <input type="checkbox"/> |

5

S'il a été répondu par oui à l'une des questions 3 ou 4, de quelle maladie ou opération, de quel accident s'agit-il ?

Quand/durée/date de guérison/séquelles/commentaires :

Si troubles de la vue, préciser degré, nature et correction :

6

NON OUI COMMENTAIRES

Vous a-t-on déclaré inapte au service militaire ? Quand ? Pourquoi ?

7

Pour les personnes du sexe féminin :

a) Grossesses antérieures Combien ?
Complications éventuelles :
b) Etes-vous enceinte ? De combien de mois ?
c) Prenez-vous un contraceptif ?

8

a) Suivez-vous un traitement médical ? Lequel ? Pourquoi ?
b) Recevez-vous des soins médicaux ? Lesquels ? Pourquoi ?
c) Avez-vous été au cours des 5 dernières années, traité pendant plus de 15 jours ? Quand ? Pourquoi ?
d) Avez-vous consulté un médecin au cours des 12 derniers mois ? Quand ? Pourquoi ?
e) Devez-vous être hospitalisé prochainement, ou subir une intervention chirurgicale ? Quand ? Motif ?

9

a) Vous a-t-on fait au cours des 5 dernières années :
- un électrocardiogramme ? Quand ? Résultat :
- une radiographie du thorax ? Quand ? Résultat :
- une analyse de sang ? Quand ? Résultat :
- un test de dépistage de la séropositivité ? Quand ? Résultat :
- une analyse des urines ? Quand ? Résultat :
b) Avez-vous été soumis à d'autres investigations (par exemple électroencéphalogramme, scanner, scintigraphie, artériographie ?) Quand ? Résultat :
Lesquelles :

10

a) Vous trouvez-vous en arrêt de travail ? Total Partiel Depuis :
Pourquoi ?
b) Avez-vous été, durant les 5 dernières années, incapable de travailler pendant plus de 15 jours ? Quand ? Durée :
Pourquoi ?
c) Etes-vous bénéficiaire d'une rente d'invalidité ? Motif :
Civile Militaire Depuis quand ? Taux :

11

Avez-vous autre chose à déclarer concernant votre état de santé ?

12

Quel est votre médecin habituel (nom, adresse) ?

13

a) Avez-vous souscrit d'autres polices d'assurance vie ? Après de quelle compagnie ?
Capitales ? Date ?
b) Ces polices d'assurance vie ont-elles été refusées, ajournées, surprimées ? Pourquoi ?

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

A Le

Signature de la personne à assurer :

Signature du médecin en cas de visite médicale :

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 A ASSURER :

Type et N° de pièce d'identité :

| 14 | NON | OUI | COMMENTAIRES |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| Avez-vous déjà soigné la personne à assurer ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Quand ? Pourquoi ? |
| 15 CONSTITUTION | | | |
| a) Taille | | | cm (résultat de la mensuration) |
| b) Poids | | | kg (résultat de la pesée) |
| c) Périmètre du thorax | | | cm en inspiration..... cm en expiration..... cm |
| d) Circonférence de l'abdomen | | | cm |
| 16 GENERALITES | | | |
| a) Existe-t-il des anomalies congénitales et de la croissance ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lesquelles ? |
| b) Y a-t-il des difformités ou des malformations (thorax, colonne vertébrale, membres, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lesquelles ? |
| 17 HABITUDES | | | |
| a) Les occupations ou les habitudes de la personne à assurer peuvent-elles nuire à sa santé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lesquelles ? |
| b) Y a-t-il des signes suggérant une consommation d'alcool excessive, des indices d'abus de tabac, de médicaments ou d'usage de stupéfiants ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lesquels ? |
| 18 SYSTEME ENDOCRINIEN ET METABOLISME | | | |
| Votre examen met-il en évidence une anomalie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Laquelle ? |
| 19 PSYCHIATRIE | | | |
| Y a-t-il des troubles du comportement ou des signes évoquant une affection psychosomatique ou psychiatrique ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lesquels ? |
| 20 SYSTEME NERVEUX ET MUSCLES | | | |
| Constatez-vous une symptomatologie évocatrice d'une atteinte du système nerveux ou d'une myopathie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Laquelle ? |
| 21 ORGANES SENSITIFS | | | |
| a) Y a-t-il une affection de l'appareil auditif ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Laquelle ? D : G : |
| 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 ? |
| Nécessite-t-elle une correction ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avant correction : OD OG |
| | | | Après correction : OD avec dioptries |
| | | | OG avec dioptries |
| 22 APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE | | | |
| a) L'aire cardiaque est-elle agrandie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Importance ? |
| b) Troubles du rythme ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lesquels ? |
| c) Constatez-vous une anomalie des bruits du cœur ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Intensité ? |
| d) Entendez-vous un souffle cardiaque ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Systolique <input type="checkbox"/> Diastolique Intensité : |
| | | | Où ? |
| | | | Comment se propage-t-il ? Irradiation ? |
| | | | Le souffle est-il organique ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| | | | Diagnostic : |
| e) Existe-t-il une anomalie du pouls radial, carotidien, fémoral, tibial postérieur, ou pédieux ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Siège : <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche |
| | | | Cause : Importance : |
| f) Troubles du système veineux, œdème, troubles trophiques ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lesquels ? Importance : |

23

TENSION ARTERIELLE

Systolique : Diastolique : Non traitée Traitée
Fréquence du pouls :/mn Depuis- Si fréquence inférieure à 60, veuillez effectuer une prise du pouls à l'effort. Résultat :
- Si les chiffres de la pression artérielle sont supérieurs à 13,7/8,7 ou la fréquence du pouls supérieur à 90, veuillez effectuer un contrôle en fin d'examen, après repos.

Contrôle éventuel : Systolique : Diastolique : Pulsations :/mn

24

NON OUI COMMENTAIRES

APPAREIL RESPIRATOIRE

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

25

APPAREIL DIGESTIF

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 : NON OUI

26

APPAREIL UROGENITAL

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

27

LA PEAU

Constatez-vous une affection cutanée ou des phanères ? Laquelle ?

28

GANGLIONS LYMPHATIQUES

Existe-t-il une augmentation du volume des ganglions lymphatiques ? Siège ? Origine :

29

OS, ARTICULATIONS ET TISSU CONJONCTIF

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

30

CONCLUSION

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** : L'assureur invite le médecin à s'abstenir, à l'égard de la personne, de toute remarque qui pourrait faire préjuger de la décision de l'assureur.

A Le

Signature et cachet du médecin examinateur :

NOTES D'HONORAIRES

(à ne pas détacher)

Nom et prénom(s) de la personne examinée :

Date de l'examen :

Nom et adresse du médecin (ou cachet) :

Montant des honoraires :