



UGIP Assurances

Services administratifs : 73-75, Rue Brillat-Savarin 75013 PARIS
Tél. : 01.44.53.49.99 Télécopie 01.44.53.47.94

ASSURANCE AVEC EXAMEN MÉDICAL

Questionnaire de Santé

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

CONCERNANT LES EXAMENS MÉDICAUX, VOUS POUVEZ FAIRE APPEL À NOS PARTENAIRES :

ABCOS : 0810.121.212
A.R.M. : 0810.725.000
C.B.S.A. : 0810.332.932

L'AVANTAGE DE PASSER PAR CES DERNIERS ÉTANT D'ÉVITER L'AVANCE DE FONDS PAR L'ASSURÉ.

1 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE À ASSURER

- a) Nom et prénom (suivi s'il y a lieu du nom d'époux) :
- b) Date de naissance : / / Nationalité :
- c) Situation de famille
- d) Profession (avec détails) Actuelle : Antérieur :
- e) sport(s) pratiqué(s) régulièrement
- f) Dans le cadre de vos activités professionnelles :
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 ? / /

Pièce d'identité présentée : N° :

2 HABITUDES DE VIE

Non Oui

Commentaires

- | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 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 | Apéritif <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"/> | |
| d) Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants (drogues) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lesquels ? | | | |
| e) Est-ce que chez vos parents, frères et sœurs ou enfants, un accident vasculaire cérébral, une maladie cardiaque ischémique (infarctus, maladie coronarienne), un diabète, un cancer du sein, de l'ovaire ou du côlon, une maladie neurologique, sont apparus avant l'âge de 65 ans ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Quand ? | | | |
| | | | si oui, précisez quelle(s) maladie(s) ? | | | |
| | | | chez combien de personne(s) ? | | | |

3) AVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS EU L'UNE DES AFFECTIONS OU L'UN DES SYMPTÔMES SUIVANTS :	Non	Oui
a) diabète, hypercholestérolémie, affection de la thyroïde ou toute autre atteinte du système endocrinien ou du métabolisme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) anémie, anomalie de la coagulation, leucémie ou toute autre maladie du sang ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) dépression, stress, troubles anxieux, troubles de l'humeur, tentative de suicide, psychose, schizophrénie, anorexie mentale, boulimie, retard mental ou toute autre atteinte psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire, épilepsie, sclérose en plaques, paralysie, myopathie ou toute autre maladie du système nerveux ou des muscles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) malformation cardiaque, maladie coronarienne, infarctus du myocarde, hypertension artérielle, troubles du rythme, valvulopathies, artérite, souffle carotidien, varices ou toute autre maladie de l'appareil cardiovasculaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) bronchite chronique, asthme, emphysème, embolie pulmonaire ou toute autre maladie de l'appareil respiratoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) affections de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin, du côlon, du rectum, de l'anus, hernie ou toute autre maladie de l'appareil digestif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) affections hépatiques, de la vésicule ou des voies biliaires, du pancréas ou tout autre atteinte de l'abdomen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) affections des reins, des voies urinaires y compris la vessie, des organes génitaux ou toute autre maladie de l'appareil urogénital ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) affections ou maladies de la peau ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) polyarthrite rhumatoïde, hernie discale, lumbago, sciatique, arthrose, lupus érythémateux disséminé, connectivite ou toute autre maladie des os ou des articulations, ou maladies auto-immunes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) tuberculose, infections sexuellement transmissibles, infection consécutive au syndrome d'Immuno-Déficience acquise (SIDA), hépatite(s) virale(s) ou toute autre maladie infectieuse ou parasitaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) surdité, troubles de la vue ou toute autre maladie de l'oreille, du nez, de la gorge ou de l'oeil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) tumeur bénigne et/ou maligne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) toute autre maladie ou infirmité non citée plus haut ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4) AU COURS DES 10 DERNIÈRES ANNÉES :	Non	Oui
a) Avez-vous été opéré et/ou hospitalisé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Avez-vous subi une radiothérapie, curiethérapie, chimiothérapie ou un traitement par laser ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Avez-vous subi une ou plusieurs transfusion(s) sanguine(s) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Avez-vous été accidenté ? En cas de traumatisme crânien, indiquer s'il y a eu coma ou perte de connaissance et sa durée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S'il a été répondu par OUI à l'une des questions sous le chiffre 3 et/ ou 4, de quelle maladie ou opération, de quel accident s'agit-il ? Si transfusion(s), préciser date(s) et motif(s).	<u>Quand/durée/date de guérison/séquelles/commentaires</u>
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Rapport-Medical UGIP REF N°RAPP_MED_N°09042014_V02 - Page 2

5)	Non	Oui	COMMENTAIRES		
<p>(Pour les personnes de sexe féminin)</p> <p>a) Êtes-vous enceinte ?</p> <p>b) Prenez-vous une contraception orale ?</p> <p>c) Suivez-vous un traitement pour stérilité ?</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>De combien de mois ? :</p> <p>Complications éventuelles :</p> <p>Lequel : ?</p>		
<p>6) a) Suivez-vous un traitement médical ou recevez-vous des soins médicaux</p> <p>b) Avez-vous été, au cours des 10 dernières années, traité pendant plus de 3 semaines consécutives ?</p> <p>- A votre connaissance dans les 12 prochains mois :</p> <p>c) Devez-vous être hospitalisé et/ou opéré ?</p> <p>d) Devez-vous passer un examen ou une consultation dans un but diagnostique ?</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Lequel ?</p> <p>Motif ?</p> <p>Date :</p> <p>Motif :</p> <p>Type de traitement</p> <p>Date :</p> <p>Motif :</p> <p>Lequel :</p> <p>Motif :</p>		
<p>7) a) Avez-vous effectué un ou plusieurs examens médicaux au cours des 10 dernières années (analyses de sang, radiographies, scanner, IRM, électrocardiogramme, échographie, scintigraphie ou autres examens) qui se soient révélés anormaux et/ou qui aient nécessité un traitement ou une surveillance ?</p> <p>b) Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies VHB, VHC (hépatites), VIH ? Si oui, indiquez :</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Le(s) quel(s) ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Date ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Résultat(s) ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>8) a) Êtes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale, pour raison de santé ?</p> <p>b) Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours au cours des 10 dernières années sur prescription médicale, pour raison de santé ?</p> <p>c) Êtes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité</p> <p>d) Êtes-vous ou avez vous été pris en charge à 100% au cours des 15 dernières années pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale ?</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Total <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> depuis</p> <p>Motif :</p> <p>Date(s) :</p> <p>Nature :</p> <p>Depuis quelle date ? :</p> <p>Pourquoi ? :</p> <p>A quel taux ou quelle catégorie ? :</p> <p>Quel organisme verse la prestation ? :</p> <p>Date(s) :</p> <p>Nature :</p>		
<p>9) a) Êtes-vous titulaire ou envisagez-vous de souscrire d'autres contrats garantissant des capitaux en cas de décès et/ou des indemnités en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité ?</p> <p>b) Avez-vous été accepté avec surmortalité, majoration de primes, exclusion ou refusé au titre d'un contrat d'assurance sur la vie ?</p> <p>Avez-vous autre chose à déclarer concernant votre état de santé ?</p> <p>Quel est votre médecin habituel (adresse) ?</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Quelle(s) garantie(s) :</p> <p>Montant(s) :</p> <p>Année(s) de souscription :</p> <p>Motif :</p> <p>Date :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		

Je soussigné, certifie que les réponses sont sincères et véritables et affirme n'avoir rien dissimulé qui puisse induire en erreur la société d'assurance et risquer de fausser la décision qu'elle doit prendre au sujet de l'assurance proposée. Je déclare avoir pris connaissance de l'extrait de l'article 113-8 du code des assurances reproduit ci-après.

ART. L.113-8 : Indépendamment des causes ordinaires de NULLITE et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26, LE CONTRAT EST NUL en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur.

A : Le,

Signature de la personne à assurer :

Pour attestation de l'exacte transcription de l'anamnèse, signature du médecin examinateur :

Vous pouvez transmettre ce document, à l'aide de l'enveloppe jointe, au Médecin Conseil de la Compagnie d'Assurance :
Pour l'étude du dossier d'assurance, les données médicales personnelles sont exclusivement utilisées pour le traitement du dossier par l'assureur, ses mandataires ou ses réassureurs, dans le strict respect du secret médical. Le défaut de réponse aux questions peut avoir pour conséquence le non examen du dossier de la personne concernée. 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, nous vous recommandons de transmettre ce document dans une enveloppe cachetée et à adresser au Médecin Conseil de l'UGIP Assurances. 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 UGIP Assurances - 73-75, Rue Brillat-Savarin 75013 PARIS.

EXAMEN MÉDICAL

Le médecin est prié de répondre à toutes les questions et de commenter les éventuelles anomalies constatées.
Tout défaut de renseignement fera l'objet d'un retour et retardera l'acceptation du dossier.

10)	Non	Oui	COMMENTAIRES
a) Avez-vous déjà soigné la personne à assurer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? Pourquoi ?
11) CONSTITUTION			
e) Existe-t-il des anomalies congénitales et/ou de la croissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles :
a) Taille : Cm	b) Poids : Kg		
c) Périmètre du thorax : Cm en inspiration : Cm en expiration		d) Circonférence abdominale : Cm	
12) HABITUDES			
a) Les occupations ou les habitudes de la personne à assurer peuvent-elles nuire à sa santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, 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"/>	Si oui, lesquels :
13) SYSTÈME ENDOCRINIEN ET MÉTABOLISME			
a) La palpation de la glande thyroïde révèle-t-elle une anomalie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	si oui, préciser : Nodule <input type="checkbox"/> Goitre <input type="checkbox"/> autre :
b) Existe-t-il des symptômes de troubles hormonaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, préciser : vergetures : faciès cushingoïde :
c) Diabète ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Commentaire
14) PSYCHIATRIE			
a) Y a-t-il des troubles du comportement ou des signes pouvant évoquer une affection psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, lesquels :
15) SYSTÈME NERVEUX ET MUSCLES			
a) Y-a-t'il des réflexes anormaux (pupillaires, abdominaux-rotuliens, achilléens, Babinsky) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, préciser lesquels :
b) Y-a-t'il des signes de paralysie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Y-a-t'il d'autres troubles neurologiques (tremblement, troubles de la sensibilité, paresthésies, troubles de la coordination) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) ORGANES DES SENS			
a) Y a-t-il une affection de l'appareil auditif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, laquelle :
Y a-t-il une baisse de l'acuité auditive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D. <input type="checkbox"/> G. <input type="checkbox"/> D. : G. :
b) Y a-t-il une affection des yeux ? Nécessite-t-elle une correction ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, laquelle : Avant correction : OD OG Après correction : OD avec dioptries OG avec dioptries
c) La langue, le pharynx et les amygdales ont-ils un aspect pathologique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, lequel :

17) EXAMEN CARDIOVASCULAIRE	Non	Oui	COMMENTAIRES
a) Y-a-t'il des signes d'insuffisance cardiaque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	si oui, lesquels (dyspnée, œdème, cyanose, reflux-hépatojugulaire) :
b) Les bruits du cœur sont-ils anormaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	si oui, comment :
c) Existe-t'il un souffle cardiaque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Type <input type="checkbox"/> Systolique <input type="checkbox"/> Diastolique aortique Localisation <input type="checkbox"/> Apical <input type="checkbox"/> Aortique <input type="checkbox"/> Pulmonaire <input type="checkbox"/> Xyphoïdien <input type="checkbox"/> Autre Irradiation <input type="checkbox"/> Axillaire <input type="checkbox"/> Cervicale <input type="checkbox"/> Sans <input type="checkbox"/> Diffus pan radiant Intensité grade : <input type="checkbox"/> 1/6 <input type="checkbox"/> 2/6 <input type="checkbox"/> 3/6 <input type="checkbox"/> 4/6 <input type="checkbox"/> 5/6 <input type="checkbox"/> 6/6
- persistant à l'orthostatisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Le rythme cardiaque est-il irrégulier ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui préciser : Fréquence : (Toujours à renseigner)
e) Existe-t-il une anomalie des pouls pédiéus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui préciser :
f) Perçoit-on des souffles vasculaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, localisation :
g) Y-a-t'il des varices ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, gravité, extension, ulcérations, cicatrices :

TENSION ARTÉRIELLE : systolique diastolique non traitée traitée
 Fréquence du pouls / mn depuis
 - Si les chiffres tensionnels sont supérieurs à 15/9, veuillez effectuer un contrôle en fin d'examen, après repos : /

18) EXAMEN RESPIRATOIRE	Non	Oui	
a) Y-a-t'il : - un essoufflement ? - une cyanose ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) L'auscultation pulmonaire symétrique présente-t-elle une anomalie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui préciser :
c) Percevez-vous des anomalies auscultatoires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, Sibilants <input type="checkbox"/> Crépitants <input type="checkbox"/> Wheezing <input type="checkbox"/> Bronchus <input type="checkbox"/>

19) APPAREIL DIGESTIF	Non	Oui	
a) La palpation de l'abdomen décèle-t-elle une masse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, localisation :
b) Le foie est-il agrandi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, de combien de cm : consistance :
c) Y-a-t'il une splénomégalie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Y a-t-il une hernie, une éventration ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, siège : Bilatérale : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
e) Y-a-t'il une circulation veineuse collatérale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) Y-a-t'il une ascite ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

20) APPAREIL UROGENITAL	Non	Oui	autres substances ...
a) Examen de l'urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dosage éventuel g/l
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dosage éventuel g/l
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Pour les personnes de sexe masculin : Y-a-t'il des indices d'une affection : - Des testicules - Des épидidymes - De la prostate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, lesquels :
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Pour les personnes de sexe féminin : - la palpation des seins révèle-t-elle une anomalie ? - l'examen gynécologique révèle-t'il une anomalie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, laquelle :
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21) PEAU	Non	Oui	
a) Y-a-t'il un ictère ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Y a-t-il une affection cutanée ou des phanères ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, laquelle :
c) Y-a-t'il des naevi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, nombre : Aspect : Localisation :

22) GANGLIONS LYMPHATIQUES	Non	Oui	COMMENTAIRES
Y a-t-il une augmentation de volume des ganglions lymphatiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	si oui, préciser les aires ganglionnaires concernées :
23) APPAREIL LOCOMOTEUR	Non	Oui	
a) Existe-t'il des malformations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, lesquelles et/ou localisation ?
b) Y-a-t'il des signes d'affection de la colonne vertébrale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	si oui, lesquels ? déformation : raideur : autres :
c) Y-a-t'il des affections des : - os ? - muscles ? - articulations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, préciser : <input type="checkbox"/> Localisation : <input type="checkbox"/> Limitation des mouvements : <input type="checkbox"/> Ankylose :
24) CONCLUSION	Non	Oui	
a) Estimez-vous que le pronostic vital de cette personne est altéré ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Faites-vous des réserves sur les risques d'invalidité totale ou partielle ou d'incapacité de travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Remarques spéciales et suggestions :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A : Le, Signature du médecin examinateur :

Nous vous invitons à transmettre ce document sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin conseil UGIP - 73-75, Rue Brillat-Savarin 75013 PARIS. Le défaut de réponse aux questions peut avoir pour conséquence le non examen du dossier.

REMBOURSEMENT DES HONORAIRES

Il est d'usage que l'Assuré fasse l'avance des frais médicaux. Ceux-ci sont remboursés selon les conditions de l'Organisme Assureur.

NOM ET ADRESSE DU MÉDECIN : <i>(Cachet professionnel S.V.P.)</i> MONTANT DES HONORAIRES EUR	NOM ET PRENOM DE L'ASSURÉ : VISITE MÉDICALE DU : Date Signature du Médecin
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------

CADRE RÉSERVÉ À UGIP	
N° du contrat	Code Médecin
N° d'adhésion (affiliation ou souscription)	Nature comptable Code section
Banque contractante : Code	Date chèque
<i>(Assurance Emprunteurs)</i>	N° Chèque

RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS (AUX 6 PAGES)

"NE PAS OUBLIER"

La signature de la personne à assurer
Les deux signatures du Médecin examinateur

Le défaut de réponse aux questions peut avoir pour conséquence le non examen du dossier.

Rapport-Medical UGIP REF: RAPP_MED_N°09042014_V02 - Page 6