

RAPPORT MEDICAL | Dossier client n°

1- Déclarations de la personne à assurer, transcrites 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.

Vérification de l'identité de la personne (pièce d'identité obligatoire)

- 1 a) Nom et prénom (suivi s'il y a lieu du nom d'époux) :
- b) Date de naissance :
- c) Domicile :
- d) Profession actuelle : antérieure :

Répondez en écrivant OUI ou NON dans chaque case

- 2 a) Consommez-vous des boissons alcoolisées ? a
Combien de verres par jours ? verres
- b) Fumez-vous ou avez-vous fumé ? (rayer la mention inutile)..... b
Combien par jour ? et pendant combien de temps ? ans
- c) Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants (drogues) ? c
Lesquels ? jusqu'à quand ?
- d) Votre poids a-t-il diminué cette dernière année ? d
Si oui, de kgs intentionnellement ?
Sinon autre cause ?

- 3 Pour les personnes de sexe féminin : êtes-vous enceinte ?
de combien de mois ? complications éventuelles ?

- 4 Présentez-vous ou avez-vous présenté une pathologie chronique, une affection ou un problème de santé ?
Si oui, précisez :
Date de début :

- 5 a) Avez-vous été hospitalisé ? a
- b) Avez-vous séjourné en maison de repos ou en établissement psychiatrique ? b
- c) Avez-vous subi un traitement par radioactivité, chimiothérapie ? c
- d) Avez-vous reçu une transfusion sanguine ? d
- e) Avez-vous été suivi en soin ambulatoire (hôpital de jour...) ? e
Si vous avez répondu « oui », veuillez préciser :

(Joindre copie des comptes-rendus d'hospitalisation, des lettres de surveillance, des résultats des examens... Vous pouvez obtenir ces documents auprès de votre médecin ou de l'établissement hospitalier en vous référant à la loi du 4 mars 2002)

- f) Devez-vous être hospitalisé prochainement ou subir une intervention chirurgicale ? f
Précisez :

Répondez en écrivant OUI ou NON dans chaque case

- 6 a) Suivez-vous un traitement ? Si oui, lequel ? a
pourquoi ?
- b) Recevez-vous des soins médicaux ? Si oui, lesquels? b
pourquoi ?
- c) Avez-vous été traité(e) pendant plus de 3 semaines au cours des 5 dernières années ? c
quand ? pourquoi ?
- d) Avez-vous consulté un médecin au cours des 12 derniers mois ? d
quand ? pourquoi ?

En cas de réponse positive, précisez les motifs du traitement, sa durée et joindre copie des ordonnances :

.....
.....

7 Avez-vous subi au cours des 5 dernières années :

- a) - un électrocardiogramme ? Date ? Motif : a
- b) - une radiographie du thorax ? Date ? Motif : b
- c) - une analyse du sang ? Date ? Motif : c
- d) - une analyse des urines ? Date ? Motif : d
- e) - une IRM ? Date ? Motif : e
- f) - d'autres investigations (électroencéphalogramme, scanner, scintigraphie, artériographie) ? f
Date ?
Lesquelles ?

Veillez joindre copie des résultats.

- 8 a) Etes-vous en état d'incapacité de travail ? totale partielle a
- b) Avez-vous été incapable de travailler ou bénéficiez-vous d'un arrêt de travail de plus de 3 semaines ? b
Si vous avez répondu « oui », précisez la date et la durée des arrêts de travail, ainsi que leurs motifs :
.....
.....
- c) Etes-vous bénéficiaire d'une rente d'invalidité ? totale partielle C
Pour quelles raisons ?
Depuis quand ? Taux d'invalidité:

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

Je certifie exacts les renseignements donnés sur ce formulaire et reconnais que toute fausse déclaration ou réticence intentionnelle tendant à atténuer l'importance du risque, entraînerait la nullité de l'assurance, conformément à l'article L. 221-14 du Code de la Mutualité.

A, le 20

Signature de la personne à assurer :
(précédée de la mention «lu et approuvé»)

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

2 - Examen médical

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

Répondez en écrivant OUI ou NON dans chaque case

10 Avez-vous déjà soigné la personne à assurer ? quand ? pourquoi ?

11 CONSTITUTION ET HABITUDES

Taille : cm Poids : kg habillé dévêtu
Périmètre abdominal : cm

Existe-t-il des signes de consommation excessive d'alcool, de tabagisme, d'usage abusif de médicaments
ou de stupéfiants ?

Après examen clinique, voulez-vous faire part de vos observations, et des éléments marquants, dans les rubriques suivantes :

12 GENERALITES

Existe-t-il des anomalies congénitales ou de la croissance, des difformités, des malformations?
Précisez :
.....

13 TROUBLES PSYCHIATRIQUES

Existe-t-il des signes pouvant évoquer une affection psychiatrique : un état anxieux ou dépressif, autre ?
Lesquels ?
.....

14 TROUBLES NEUROLOGIQUES

Existe-t-il une symptomatologie évocatrice d'une pathologie neurologique : pathologie démyélinisante,
épilepsie, polynévrite, autre ?
Laquelle ?
.....
.....

15 TROUBLES SENSORIELS

Existe-t-il :
a) une affection de l'appareil auditif ? laquelle ? D G
une baisse de l'acuité auditive ? déficit en db D G
b) une affection des yeux ? laquelle ?
Nécessite-t-elle une correction ? Acuité avant correction : OD OG
après correction : OD avec dioptries
OD avec dioptries

16 TROUBLES CARDIOVASCULAIRES

Si oui, existe-t-il des anomalies des bruits du cœur, des troubles du rythme, un souffle, des troubles vasculaires
périphériques ? d'autres anomalies ?
Fréquence du pouls : / min.
Décrivez les précisément :
.....
.....
.....

Répondez en écrivant OUI ou NON dans chaque case

17 TENSION ARTERIELLE : systolique diastolique
le cas échéant : traitement suivi : depuis ?

Si les chiffres tensionnels sont supérieurs à 15/9 ou la fréquence du pouls supérieure à 90, effectuez un contrôle en fin d'examen,
après repos.

Contrôle éventuel : systolique diastolique pulsations / mn

18 TROUBLES RESPIRATOIRES

Si oui, précisez :

19 TROUBLES HEPATO-DIGESTIFS

Anomalies de l'oropharynx, de l'abdomen et des orifices herniaires?
Si oui, précisez :

20 TROUBLES URO-GENITAUX

Lors de l'examen d'urine effectué au cabinet médical, avez-vous décelé ?
albumine dosage éventuel : g/l
sucre dosage éventuel : g/l
sang
pus
Autres anomalies

21 TROUBLES CUTANES

Si oui, précisez :

22 TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES

Si oui, précisez :

23 TUMEURS

Retrouvez-vous à l'examen ou à l'interrogatoire la notion d'une pathologie tumorale bénigne ou maligne ?
Si oui, précisez :

Les aires ganglionnaires sont-elles libres ?

Sinon précisez :

CONCLUSION

a) Faites-vous des réserves sur les risques de décès, d'invalidité totale ou partielle ou d'incapacité de travail ?
b) Remarques et suggestions :

.....
.....
.....

A , le 20

Le médecin-examineur :
(Signature et cachet)

Chacune des pages doit être paraphée

Montant des honoraires : €

CE DOCUMENT EST A RETOURNER SOUS PLI CONFIDENTIEL A L'ATTENTION DU MEDECIN CONSEIL - SERVICE MEDICAL FRANCOIS BERNARD ASSURANCES - 10 RUE DE LA GARE - BP 410 - 79004 NIORT CEDEX.

