

Les formalités médicales ci-dessous sont celles prévues aux conditions générales du contrat assurance emprunteur **caassure** n°24.747 si :

- L'âge de l'emprunteur est ≥ 65 ans & le capital assuré* $\geq 450\ 000$ €
- L'âge de l'emprunteur est ≥ 50 ans & le capital assuré* $\geq 1\ 000\ 000$ €

* capital assuré = capital emprunté X quotité choisie

Le rapport médical doit nous être retourné dûment complété et signé par le médecin et accompagné

- Du questionnaire de santé dûment renseigné (questions 1 à 11),
- Des examens biologiques demandés,
- Des bilans de surveillance et résultats d'examens spécifiques en cas de pathologie déclarée ou demandés dans le questionnaire qui suit.

En l'absence de l'une des informations ou de l'un des documents, le dossier ne pourra être étudié. Il sera retourné à l'emprunteur pour complément.

ANNEXE : NOTE D'INFORMATION AU PROPOSANT

En raison de la hauteur du capital pour lequel vous sollicitez votre admission à l'assurance, une liste d'information médicale vous a été remise.

Nous vous informons que parmi celles-ci figure une recherche des anticorps du V.I.H sur le sang prélevé (test de dépistage de la séropositivité) pour laquelle nous devons recueillir votre accord préalable par écrit (voir fiche jointe).

Afin de faciliter l'instruction de votre dossier, nous vous remercions de bien vouloir faire le nécessaire dans les meilleurs délais

ACCORD PREALABLE DU PROPOSANT

Je soussigné certifie avoir été informé et avoir accepté que, parmi les examens du sang pratiqués en vue de mon adhésion à l'assurance, une recherche des anticorps du V.I.H sera faite sur le sang prélevé.

Ces résultats, ainsi que ceux des autres examens et le présent accord dûment complété et signé, devront être adressés simultanément à Monsieur le Médecin Conseil de SSN, sous couvert de l'enveloppe confidentielle ci-jointe,

et à Monsieur le Docteur
adresse
code postal et ville

Fait à _____ **le** _____

Signature :

Nom / Prénom de l'emprunteur

RAPPORT MEDICAL à COMPLETER PAR LE MEDECIN

Patient : _____

Le rapport médical ci-joint doit nous être retourné dûment complété et accompagné

→ D'un bilan sanguin

- Hémogramme
- Vitesse de sédimentation
- Numération des plaquettes
- Glycémie
- Cholestérol HDL et Total
- Triglycérides
- Créatinine
- Acide Urique
- Transaminases (SGOT / SGPT)

→ D'un bilan viral

- Ag HBs
- Sérologie HCV
- Sérologie HIV 1 & 2

→ Rapport cardiovasculaire

→ Pour les patients de sexe masculin

- PSA (Prostatic Specific Antigen)

→ Des bilans de surveillance et résultats d'examens spécifiques en cas de pathologie déclarée ou demandés dans le présent questionnaire.

En l'absence de l'une des informations ou de l'un des documents, le dossier ne pourra être étudié. Il sera retourné à l'emprunteur pour complément.

HONORAIRES - Nom et prénom du patient

IMPORTANT : pour obtenir le remboursement, retourner le présent coupon **accompagné de l'original** des **factures** et/ou des **notes d'honoraires** – Faute de l'un de ces documents, la demande de remboursement vous sera retournée

Honoraires **réglés** par le patient

Honoraires **non réglés** par le patient

Signature et cachet du praticien

1. ENTRETIEN AVEC LA PERSONNE A ASSURER

Les déclarations ci-dessous sont recueillies et rédigées par le médecin examinateur

Merci à répondre à toutes les questions et à apporter à notre médecin conseil toutes les précisions nécessaires.
En cas d'omission, le dossier ne pourra être étudié.

1 – IDENTITE DU PROPOSANT				
Nom	Prénom		Nom de jeune fille	
Date & Lieu de naissance	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Divorcé(e)			
Adresse				
Profession actuelle		Profession antérieure		
2 - MODE DE VIE	NON	OUI	COMMENTAIRES	
● Consommez- vous quotidiennement des boissons alcoolisées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> vins cl <input type="checkbox"/> bière cl <input type="checkbox"/> apéritifs cl <input type="checkbox"/> autres cl	
● Fumez-vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> cigarettes <input type="checkbox"/> pipes <input type="checkbox"/> cigares Quantité en paquet année :	
Si vous avez arrêté de fumer, précisez la date et pour quel motif :				
3 - ETAT PATHOLOGIQUE			NON	OUI
● Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des symptômes ci-dessous ?				
<input type="checkbox"/> Tuberculose, paludisme, amibiase, hépatite virale, maladie sexuellement transmissible ou toute autre maladie infectieuse ou parasitaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Diabète, hypercholestérolémie, hypertriglycéridémie, affection de la thyroïde ou toute autre affection endocrinienne ou métabolique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Anémie, leucémie, trouble de la coagulation, hémorragies ou toute autre maladie du sang ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Dépression, schizophrénie, psychose, anxiété, surmenage, stress, tentative de suicide, névrose, spasmophilie, tétanie ou toute autre atteinte psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Paralyse, épilepsie, sclérose en plaque, myopathie, maladie de Parkinson ou toute autre maladie du système nerveux ou musculaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Surdité, trouble de la vue ou toute autre maladie des organes des sens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Pneumonie, pleurésie, bronchite chronique, asthme, tuberculose, emphysème ou toute autre maladie de l'appareil respiratoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Infarctus, précordialgies, hypertension artérielle, maladie coronarienne, artérite, malformation cardiaque, œdème, trouble du rythme, accident vasculaire cérébral ou toute autre maladie de l'appareil cardiovasculaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Troubles de l'œsophage, du colon, de l'intestin, du pancréas, maladie du foie, hépatite, cirrhose ou toute autre maladie de l'appareil digestif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Coliques néphrétiques, lésions testiculaires ou prostatiques, affections des reins ou toute autre maladie des organes génito-urinaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Psoriasis, eczéma, naevus ou toute autre maladie de la peau ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Hernie discale, lumbago, douleur du rachis (dorsal, cervical), maladie ostéoarticulaire, sciatique ou autre maladie des os et articulations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Cancer, tumeur ou toute autre affection maligne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une maladie non citée ci-dessus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
En cas de réponse positive à l'une ou plusieurs questions, veuillez indiquer la nature exacte de l'affection déclarée ainsi que toutes les précisions nécessaires à l'étude du dossier : date du diagnostic, traitements, comptes-rendus éventuels (opératoire, histologique), séquelles éventuelles, état de santé actuel				

Je certifie d'une part, que toutes les questions précitées ont été posées et que toutes les réponses portées ci-dessus sont conformes à mes déclarations et d'autre part, que j'ai été informé(e) que toute fausse déclaration ou omission intentionnelle entraînerait la nullité de mon contrat d'assurance conformément à l'article L 1138 du Code des Assurances.

Fait   : Le :

Signature et cachet du médecin examinateur

Signature du proposant ((précédée de la mention "lu et approuvé")

2. EXAMEN MEDICAL DU PROPOSANT - *A faire compléter par le médecin examinateur*

Le médecin examinateur est prié de répondre avec précision à toutes les questions et chaque fois qu'il constate un signe anormal, d'en préciser les caractères et de donner tous les détails susceptibles d'en expliquer la nature. Au besoin, ajouter un feuillet.

1 – ASPECT GENERAL			
Taille (mesure faite au cabinet) :	cm	Poids (mesure faite au cabinet) :	Kg
Périmètre abdominal :		cm	
Corpulence :	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> musclé	<input type="checkbox"/> maigre
	<input type="checkbox"/> gras	<input type="checkbox"/> obèse	
Tension artérielle : _____ / _____	<input type="checkbox"/> traitée	<input type="checkbox"/> non traitée	
Si les chiffres de la tension artérielle sont > 150/90 veuillez effectuer un contrôle en fin d'examen après 10 mns de repos allongé			
Contrôle éventuel	Systolique	Diastolique	Pouls
2 – LA PERSONNE A ASSURER	Non	Oui	COMMENTAIRES
● Avez-vous déjà soigné la personne à assurer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, à quelle date : Pour quels motif(s) ?
● Y a-t'il des antécédents ou des indices d'une affection :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui précisez :
■ des os, articulations, disques intervertébraux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui précisez :
■ du système endocrinien (diabète, thyroïde...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui précisez :
■ des organes génito-urinaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui précisez :
● Bénéficie t elle de contrôles ou de traitements médicaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui précisez :
● Présente elle des indices de :			
■ tabagisme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui précisez :
■ alcoolisme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui précisez :
■ usage de stupéfiants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui précisez :
■ abus de médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui précisez :
● L'examen du revêtement cutané révèle t il des pathologies telles que goitre, ictère, cyanose, cicatrices, varices, circulation collatérale, tophus, xanthome, adénopathie,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui précisez :
● Y a-t'il des répercussions de l'exercice de sa profession sur son état de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui précisez :
● des examens complémentaires ont-ils été réalisés depuis 1 an (biologie, imagerie médicale, exploration fonctionnelle) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Joindre les comptes rendus
3 – APPAREIL RESPIRATOIRE	Non	Oui	COMMENTAIRES
● Existe-t'il des antécédents de pathologies respiratoires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui lesquels :
● Existe-t'il des perturbations fonctionnelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui précisez :
■ toux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui précisez :
■ dyspnée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui précisez :
■ expectoration ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui précisez :
■ voix voilée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui précisez :
● Existe-t'il un syndrome d'apnée du sommeil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui précisez :
● L'examen clinique respiratoire est il ANORMAL ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui précisez :
● Des examens complémentaires ont-ils été réalisés depuis 1 an ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Joindre les comptes rendus

4 – APPAREIL CARDIOVASCULAIRE ET CIRCULATOIRE	Non	Oui	COMMENTAIRES
● Existe-t'il des antécédents de pathologies cardiovasculaires et/ou circulatoires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui lequel : Date du diagnostic :
● Existe-t'il des perturbations fonctionnelles ?			
■ douleurs précordiales ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui lesquels : Intensité :
■ claudication ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui précisez :
■ œdème ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui, précisez : Intensité :
● L'examen clinique révèle-t-il :			
■ un souffle cardiaque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui précisez :
■ une dilatation de l'aorte abdominale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui précisez :
■ un souffle artériel (cervical, fémoral,...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui précisez :
■ une abolition de pouls périphériques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui précisez :
■ des troubles du rythme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui précisez :
■ une anomalie des bruits du cœur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui précisez :
■ une hypertension artérielle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui précisez :
● Des examens complémentaires ont-ils été réalisés depuis 1 an ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Joindre les comptes rendus
5 – APPAREIL DIGESTIF	Non	Oui	COMMENTAIRES
● Antécédents de pathologies digestives ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui lesquels : Date du diagnostic :
● Existe-t'il perturbations fonctionnelles ?			
■ douleurs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui précisez :
■ troubles de l'appétit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui précisez :
■ diarrhées ou constipation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui précisez :
■ hémorragie digestive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui précisez :
● L'examen clinique révèle t il une anomalie ?			
■ de la langue, bouche, amygdale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui précisez :
■ du foie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui précisez :
■ des orifices herniaires, de la paroi abdominale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui précisez :
● Des examens complémentaires ont-ils été réalisés depuis 1 an ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui précisez :
6 – APPAREIL SPLENOGANGLIONNAIRE	Non	Oui	COMMENTAIRES
● Y a-t'il une augmentation du volume des ganglions ou de la rate ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui précisez :
7 – SYSTEME NERVEUX	Non	Oui	COMMENTAIRES
● Antécédents de pathologies neurologiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui précisez :
● Antécédents de pathologies psychiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui précisez :

7 – Système nerveux (suite)	Non	Oui	COMMENTAIRES		
● Existe-t'il, à l'examen neurologique, des troubles :					
■ de la motricité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui précisez :		
■ de la sensibilité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui précisez :		
■ du tonus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui précisez :		
■ des réflexes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui précisez :		
■ sensoriels (vision, audition, olfaction, goût) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui précisez :		
■ des fonctions supérieures telles que mémoire, orientation, jugement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui précisez :		
● Existe-t'il des signes évoquant :					
■ un syndrome anxieux et/ou dépressif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui précisez :		
■ un syndrome psychotique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui précisez :		
■ un trouble de la personnalité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui précisez :		
8 – APPAREIL GENITO-URINAIRE	Non	Oui	COMMENTAIRES		
Examen de l'urine par bandelette (<i>l'urine doit être émise chez le médecin</i>)					
■ Présence de	<input type="checkbox"/> Albumine	<input type="checkbox"/> Sucre	<input type="checkbox"/> Sang	<input type="checkbox"/> Pus	Dosage(s) éventuels
■ Y-a-t'il des indices d'une affection des organes génitaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Si, oui précisez :
● Pour les personnes de sexe masculin					
■ Y-a-t'il des indices d'une affection des organes génitaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Si, oui précisez :
■ Y-a-t'il eu une gynécomastie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Si, oui précisez :
● Pour les personnes de sexe féminin					
■ Y-a-t'il des indices d'une affection des organes génitaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Si, oui précisez :
■ Y-a-t'il eu une modification anormale des seins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Si, oui précisez :
8 – CONCLUSION DE L'EXAMEN	Non	Oui	COMMENTAIRES		
● Faites vous des réserves sur les risques d'Invalidité Totale ou Partielle ou d'Incapacité de Travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui précisez :		
● Des examens complémentaires se révèlent-ils actuellement utiles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, oui, Lesquels : Pourquoi :		
● Estimez-vous que l'état de santé du proposant est :			<input type="checkbox"/> Très bon <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Médiocre <input type="checkbox"/> Préoccupant		
REMARQUES ET SUGGESTIONS EVENTUELLES					

La Compagnie invite la personne à assurer à communiquer au médecin-conseil, sous pli confidentiel, les divers documents médicaux en sa possession et susceptibles de faciliter l'appréciation de son état de santé. Ceci pourra éviter éventuellement une visite médicale ou d'autres examens que la Compagnie se réserve le droit de demander lors de la souscription d'un contrat.

Fait à : Le :

Signature et cachet du médecin examinateur

Signature du proposant (précédée de la mention "lu et approuvé")