

## Rapport médical

### A L'ATTENTION DU MEDECIN EXAMINATEUR

Ce rapport médical (4 pages) doit être adressé sous pli confidentiel au médecin-conseil de çaassure – CS 60021 - 118 rue Roger Mathurin – 13395 Marseille Cedex 10

Il doit être accompagné de la note d'honoraires dûment complétée dont le montant sera pris en charge par l'assureur, à concurrence d'un maximum de 4 fois le montant de la consultation conventionnée.

Les frais éventuels de déplacement ne sont pas pris en charge par l'assureur.

### DOCUMENTS COMPLEMENTAIRES

Ce rapport médical doit être impérativement accompagné du questionnaire de santé et d'un

- Profil sanguin simplifié avec glycémie à jeun, cholestérol total et HDL, LDL, triglycérides, sérologies des anticorps HIV 1 et 2 et des anticorps HCV, sérologie des antigènes HBs
- ECG interprété et rapport médical cardio-vasculaire, réalisés par un cardiologue
- Test de cotinine urinaire, si emprunteur se déclare non-fumeur

### IMPORTANT

- En cas d'éventuelle(s) pathologie(s), merci de rédiger un certificat médical donnant toutes précisions nécessaires à une bonne étude du dossier et de joindre les éventuels résultats d'examens réalisés.



Nom et prénom du patient

Date de l'examen

**IMPORTANT** pour obtenir le remboursement joindre **l'original** des factures et/ou des notes d'honoraires,

Honoraires **réglés** par le patient

Honoraires **non réglés** par le patient le

Signature et cachet du praticien

### Mentions légales

SSN, S.A.S de courtage en assurances au capital social de 100 000 € - Siège social : 118, rue Roger Mathurin - CS 60021 -13395 Marseille Cedex 10 – 434 165 551 RCS Marseille – Immatriculée à l'ORIAS sous le numéro 07 002 208 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr)) – Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes aux articles L 512-6 et L 512-7 du Code des assurances – sous le contrôle de l'ACPR, - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 ([www.acpr.banque-france.fr](http://www.acpr.banque-france.fr)) – Tél. 04.88.676.676 – SSN exerce son activité en application des dispositions de l'article L 521-2 II b du Code des assurances. Réclamations : SSN/Service Réclamations, 118 rue Roger Mathurin - CS 60021 - 13395 Marseille Cedex 10 – Médiation (uniquement après échec de la réclamation) : La Médiation de l'Assurance, Pole CSCA, TSA 50110 75441 Paris Cedex 09 ou [le.mediateur@mediation-assurance.org](mailto:le.mediateur@mediation-assurance.org)

**1. DECLARATIONS DE LA PERSONNE A ASSURER** recueillies et inscrites par le médecin

Nom :  Prénom(s) :  Date de naissance :

Adresse :  Code postal :       Ville :

Profession :

**IMPORTANT :**

Article L.113-8 du Code des assurances : Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26, le contrat d'assurance est nul, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré(e), quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré(e) a été sans influence sur le sinistre

Merci de vérifier que ce rapport

- a bien été complété en totalité, en particulier que toutes les questions ont reçu une réponse claire, les traits et les mentions RAS n'étant pas considérés comme des réponses ;
- soit dûment daté et signé par la personne à assurer et vous-même (inclus l'apposition de votre cachet).

1.	Etes-vous actuellement, en arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé (hors congé légal de maternité)..... <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Dates(s)..... Causes(s).....
2.	Au cours des <b>10 dernières années</b> , avez-vous été en arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé pendant plus de <b>3 semaines</b> ?..... <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Dates(s)..... Causes(s)..... Date(s) reprise .....
3.	Bénéficiez-vous d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ..... <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Taux ou catégorie ..... Date d'attribution..... Cause ..... A quel titre <input type="radio"/> Régime général <input type="radio"/> Militaire <input type="radio"/> Maladie professionnelle <input type="radio"/> Accident du travail
4.	Présentez-vous une infirmité ou un handicap ..... <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Précisez..... Origine .....
5.	Avez-vous été ou êtes-vous pris(e) en charge à 100 % pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale..... <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Motif..... Date d'attribution de la 1 <sup>ère</sup> exonération .....
6.	Avez-vous été victime d'accidents au cours des <b>10 dernières années</b> .... <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Date(s) .....
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Précisez nature et localisation des blessures éventuelles.....</li> <li>• Subsiste t'il des séquelles, et si oui, lesquelles.....</li> </ul>	
7.	Avez-vous été hospitalisé(e) au cours des <b>10 dernières années</b> ..... <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Dates(s)..... Causes(s).....
8.	Avez-vous subi des interventions chirurgicales y compris sous anesthésie locale ou par endoscopie (hormis chirurgie dentaire)..... <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Lesquelles ..... Motif(s)..... Date(s) .....
9.	Avez-vous subi un traitement par radiothérapie, laser ou chimiothérapie ..... <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Dates(s)..... Causes(s)..... Traitement.....
10.	Au cours des <b>12 derniers mois</b> , avez-vous eu	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• plus de 3 arrêts de travail sur prescription médicale quelle qu'en soit la durée ..... <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui</li> <li>• des examens médicaux dans un autre cadre que celui de la prévention systématique (exemples : doppler, ECG, EFR, prises de sang, endoscopie, imagerie médicale, radiographie, scanner, ...) ..... <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui</li> </ul>	Précisez..... Date(s) ..... Date(s) ..... Nature ..... Causes(s)..... Résultat .....
11.	Avez-vous suivi des traitements médicaux de plus de <b>21 jours</b> au cours des <b>2 dernières années</b> ou suivez-vous un traitement médical actuellement . <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Dates(s)..... Nature ..... Causes(s).....
12.	Avez-vous consulté un médecin au cours des <b>3 derniers mois</b> ..... <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Dates(s)..... Causes(s).....
13.	Consommez-vous des boissons alcoolisées ..... <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Lesquelles <input type="radio"/> Vin <input type="radio"/> Bière <input type="radio"/> Apéritifs <input type="radio"/> Digestifs <input type="radio"/> Autres Quantité par jour .....
14.	Fumez-vous..... <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Utilisez-vous un vapoteur (cigarette &/ou cigare &/ou pipe électronique, ...) ..... <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Depuis quand..... Nombre de cigarettes/jour ..... <b>et/ou</b> cigares / jour..... <b>et/ou</b> pipes par jour .....
15.	Avez-vous fumé ..... <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Quantité/jour ..... Durée en années ..... Date d'arrêt ..... Motif .....

16. Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité à l'un des virus de l'immunodéficience humaine (VIH), de l'hépatite B (VHB), de l'hépatite C (VHC) dont l'un des résultats indique la mention « positif » .....  Non  Oui  
 Lequel ou lesquel(s) .....  
 A quelle(s) date(s).....
17. A votre connaissance, devez-vous dans les **6 prochains mois** consulter un spécialiste, passer des examens médicaux, être hospitalisé(e) ou subir une intervention chirurgicale .....  Non  Oui  
 Motif.....  
 Date(s) .....  
 Nature des examens.....  
 Type d'intervention .....

**AVEZ-VOUS SOUFFERT OU SOUFFREZ-VOUS D'UNE AFFECTION**

18. Respiratoire ou pulmonaire (exemples : allergie, asthme, bronchite, embolie pulmonaire, emphysème, pleurésie, pneumonie, tuberculose, ...) .....  Non  Oui  
 Laquelle .....  
 Date d'apparition .....  
 Nombre de crises par an.....
19. Neurologique ou cérébrale ou neuromusculaire (exemples : anévrisme, accident vasculaire cérébral, épilepsie, fibromyalgie, sclérose en plaques, méningite, myopathie, paralysie même passagère, ...) .....  Non  Oui  
 Laquelle .....  
 Date d'apparition .....  
 En cas d'épilepsie, nombre de crises par an.....
20. Psychique (exemples : anxiété, dépression nerveuse, fatigue, insomnies, stress, surmenage, trouble du comportement, ...) .....  Non  Oui  
 Laquelle .....  
 Traitement.....  
 Durée & date .....
21. Du cœur ou des vaisseaux (exemples : artérite, douleurs thoraciques, hypertension artérielle, infarctus, insuffisance coronarienne, malformation, œdème, palpitations, phlébite, souffle, troubles du rythme, ...) .....  Non  Oui  
 Laquelle .....  
 Date .....
22. Digestive ou hépatique (exemples : cirrhose, colopathie, constipation, Crohn, diarrhée, diverticules, hernie hiatale, hépatite, brûlures digestives, pancréatite, parasitose, polypes, rectocolite, hémorragique, rectorragies, ulcère, ...) .....  Non  Oui  
 Laquelle .....  
 Date .....
23. Rénale ou urinaire (exemples : albuminurie, calculs, coliques néphrétiques, dialyse, hématurie, kystes rénaux, néphrite, ...) .....  Non  Oui  
 Laquelle .....  
 Date .....
24. Rhumatismale inflammatoire (exemples : pelvi spondylite, polyarthrite rhumatoïde, rhumatisme psoriasique, spondylarthrite, ...) .....  Non  Oui  
 Laquelle .....  
 Date .....
25. Ostéo-articulaire (colonne vertébrale ou autres articulations) (exemples : algodystrophie, arthrose, hernie discale, lombalgies, ostéoporose, prothèse, rupture ligamentaire, sciatique, scoliose, tassement vertébral, ...) .....  Non  Oui  
 Laquelle .....  
 Date .....
26. Endocrinienne ou du métabolisme (exemples : affection de la thyroïde, cholestérol, diabète, dyslipidémie, goutte, ...) .....  Non  Oui  
 Laquelle .....  
 Date .....
27. Sanguine ou ganglionnaire (exemples : adénopathies, anémie, hémochromatose, hémophilie, leucémie, polyglobulie, splénomégalie, troubles de la coagulation, ...) .....  Non  Oui  
 Laquelle .....  
 Date .....
28. Cutanée (exemples : eczéma, herpès, kyste, lupus, mycose, nævus, psoriasis, purpura, zona, ...) .....  Non  Oui  
 Laquelle .....  
 Date .....
29. Des yeux ou ORL (exemples : cataracte, glaucome, laryngite, otite, rétinopathie, sinusite, vertiges, ...) .....  Non  Oui  
 Laquelle .....  
 Date .....

**QUESTIONS RESERVEES AUX PERSONNES DU SEXE FEMININ**

30. Avez-vous été ou êtes-vous atteinte d'une affection génitale et/ou mammaire .....  Non  Oui  
 Laquelle .....  
 Date de la dernière consultation .....
31. Avez-vous subi une mammographie ou une échographie pelvienne .....  Non  Oui  
 Mammographie  Echographie – Motif .....  
 Date(s) et résultat (**le joindre**) .....
32. Êtes-vous enceinte.....  Non  Oui  
 Grossesse normale  Non  Oui  
 De combien de mois.....  
 Césarienne prévue  Non  Oui

Les données personnelles concernant votre santé sont traitées dans le respect de la loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978 modifiée. Vous en acceptez expressément le recueil et le traitement nécessaires à la gestion de votre adhésion et de vos garanties. Ces données sont traitées dans le respect du secret médical. Elles sont exclusivement destinées au médecin-conseil de l'assureur et à son service médical. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition en vous adressant par courrier postal accompagné d'une photocopie d'une pièce d'identité au médecin-conseil de l'assureur - Service Médical Collectives – Immeuble Michelet – 4-8 Cours Michelet – 92082 La Défense Cedex.

Je soussigné(e) Docteur .....  
 certifie avoir lu à la personne à assurer l'ensemble des questions du présent questionnaire et avoir exactement inscrit en face de chaque question la réponse qu'elle y a apportée,  
 atteste que la signature de M .....  
 a été apposée en ma présence.  
 A ..... le.....  
 Signature et cachet du médecin examinateur

Je soussigné(e) M .....  
 certifie que les réponses au présent questionnaire ont été inscrites en ma présence et qu'elles sont exactement celles que j'ai apportées aux questions posées,  
 Je sais que mes déclarations exactes et sincères servent de base à mon adhésion au contrat.  
 A ..... le.....  
 Signature de la personne à assurer

### 3. EXAMEN MEDICAL

Nous vous demandons d'avoir l'obligeance de ne communiquer à la personne à assurer aucun avis qui puisse préjuger de la décision de l'assureur.

#### 1. ASPECT GENERAL

Taille..... cms & Poids ..... kgs

- Variation de poids au cours de la dernière année  Non  Oui  Amaigrissement \_\_\_\_\_ kgs  Prise de poids \_\_\_\_\_ kgs ..... Causes(s) .....
- Périmètre thoracique En inspiration .....cm En expiration..... cm
- Circonférence Omilicale ..... cm Hanches..... cm
- Présence de lésions cutanées (Exemples : nævi, grains de beauté suspects...) ou de cicatrices  Non  Oui Précisions .....
- Signes d'alcoolisme ou d'intoxications diverses  Non  Oui Lesquel(s) .....

#### 2. SYSTEME NERVEUX ET MUSCLES

- Constatez-vous une symptomatologie évocatrice d'une atteinte du système nerveux ou d'une myopathie  Non  Oui Laquelle .....

#### 3. PSYCHIATRIE

- Y a-t'il des troubles du comportement ou du raisonnement ou de la thymie ou des signes pouvant évoquer une affection psychiatrique ou neuropsychique  Non  Oui Lesquel(s) .....

#### 4. ORGANES SENSITIFS

- Existence d'un trouble ou défaut de la vue  Non  Oui Lequel..... Avant correction OD ..... OG ..... Après correction OD ..... Avec ..... dioptries OG ..... Avec ..... dioptries
- Baisse de l'acuité auditive  Non  Oui  Unilatérale  Bilatérale  Totale  Partielle
- Autre affection des oreilles  Non  Oui Laquelle .....

#### 5. APPAREIL RESPIRATOIRE

- Votre examen met-il en évidence une anomalie  Non  Oui Laquelle .....

#### 6. APPAREIL CARDIOVASCULAIRE

- Existence d'une anomalie à l'auscultation cardiaque  Non  Oui Laquelle .....
- Existence d'une anomalie à l'auscultation des troncs artériels (*carotides, axes iliofémoraux*)  Non  Oui Laquelle .....
- Existence de troubles du rythme  Non  Oui Lesquels.....
- Existence d'une anomalie à la palpation des pouls périphériques  Non  Oui Précisez .....
- Troubles du système veineux œdèmes, troubles trophiques  Non  Oui Lesquels.....
- Tension artérielle  Non  Oui Systolique droite .....Diastolique droite..... Systolique gauche .....Diastolique gauche ..... Tension artérielle traitée  Non  Oui Si oui, nature du traitement.....
- Si vous constatez une hypertension artérielle, merci d'effectuer un contrôle après repos  Non  Oui Systolique droite .....Diastolique droite..... Systolique gauche .....Diastolique gauche ..... Fréquence du pouls .....mn

#### 7. APPAREIL DIGESTIF ET ANNEXE

- La bouche et la gorge ont-elles un aspect pathologique  Non  Oui Lequel.....
- La palpation de l'abdomen décèle-t-elle un état pathologique  Non  Oui Lequel.....
- Présence d'une hépatomégalie  Non  Oui De combien de cm..... Consistance .....
- Présence d'une splénomégalie  Non  Oui Palpable sur ..... cm
- Existence d'une hernie ou d'une éventration  Non  Oui Description .....

**8. ETAT DES OS ET DES ARTICULATIONS**

• Anomalies au niveau des os, des articulations, de la colonne vertébrale (*déformation, Lasègue, mobilité, signes inflammatoires, ...*)  Non  Oui Lesquelles.....

**9. GLANDES ENDOCRINES**

• Signes de dysfonctionnement  Non  Oui Lesquels.....

• Existence d'anomalies à la palpation  Non  Oui Lesquelles.....

**10. GANGLIONS LYMPHATIQUES**

• Existence d'anomalies à la palpation  Non  Oui Lesquelles.....

**11. APPAREIL GENITO-URINAIRE**

• Résultats de l'examen des urines effectué par vos soins par bandelette  
*(tout échantillon amené par la personne à assurer est à jeter)*

Protéines	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Sucre	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
Leucocytes	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Sang	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui

• Existence d'une anomalie à la palpation des reins  Non  Oui Laquelle.....

• Existence d'une anomalie des seins ou des testicules  Non  Oui Laquelle.....

**12.** En tant que médecin examinateur, connaissez-vous la personne examinée  Non  Oui Si oui, à quel titre .....

Si non, **vérification d'identité obligatoire**  Carte d'identité  Passeport

**13.** Nom et adresse du médecin traitant .....

.....

.....

.....

**OBSERVATIONS EVENTUELLES**

.....

.....

.....

.....

Fait à.....

Signature et cachet du médecin examinateur

Le.....