RAPPORT DE L'EXAMEN MEDICAL

Sociétés suisses d'assurances sur la vie

ASA | SVV

Schweizerischer Versicherungsverband
Association Suisse d'Assurances
Associazione Svizzera d'Assicurazioni
Swiss Insurance Association

Important

- Le médecin est prié de passer en revue les questions avec la personne à assurer et de noter si possible lui-même les réponses.
- Le formulaire doit être complété **lisiblement**. Merci.
- Si des conditions précises ne sont pas remplies, la loi interdit aux assureurs de demander des résultats **d'analyses génétiques** prénatales ou effectuées pour déterminer s'il y a des prédispositions à une maladie, avant que des symptômes ne soient apparus **(analyses présymptomatiques)**. Si ces conditions sont remplies, la clarification du cas a lieu au moyen d'un formulaire séparé. De ce fait, de tels résultats d'analyses ne doivent pas être mentionnés dans le présent questionnaire. De même, des résultats communiqués volontairement ne peuvent pas être utilisés par les assureurs. **Les analyses génétiques effectuées à des fins de diagnostic**, autrement dit pour faire la lumière sur des symptômes de maladie déjà constatables, ne sont pas concernées par la disposition légale et doivent être déclarées.
- Dans le présent formulaire, les termes s'appliquant aux personnes désignent aussi bien les femmes que les hommes.

Sélectionner l'assureur...

GLN

N° de police / proposition

Données personnelles de la personne à assurer

Nom	Prénom	Date de naissance	Description de l'activité professionnelle actuelle

Rue, numéro	NPA	Lieu	Pays

Anamnèse

N°	Questions	non	oui	Si oui, veuillez fournir de plus amples informations (valable pour toutes les questions)
01	Pratiquez-vous régulièrement un sport?	◯	◯	Lequel? A quelle fréquence?
02	Avez-vous consommé des produits pour fumeurs, du tabac ou de la nicotine sous une autre forme durant les 3 dernières années?	◯	◯	☐ Cigarettes ☐ E-Cigarettes ☐ Cigares ☐ Pipe ☐ Autres (p. ex. narguilé, tabac à chiquer, patch de nicotine) Quoi? Combien par jour? Quand la dernière fois?
03	Consommez-vous des boissons alcoolisées?	◯	◯	Lesquelles? Quantità? Fréquence?
04	Etes-vous ou avez-vous été soigné ou conseillé durant les 10 dernières années pour votre consommation d'alcool (y c. clarifications spéciales / examens / centre de consultation)?	◯	◯	Quand? Par qui? Nom et adresse
05	Consommez-vous ou avez-vous consommé des drogues durant les 10 dernières années?	◯	◯	Lesquelles? Combien de fois? Combien de temps? Quand pour la dernière fois?
06	Prenez-vous ou avez-vous pris régulièrement ou de façon répétée des médicaments durant les 5 dernières années ou des médica- ments vous ont-ils été prescrits?	◯	◯	Lesquels? Combien de fois? Pourquoi? De quand à quand?
07 a.	Avez-vous déjà été hospitalisé?	◯	◯	Pourquoi? Quand?
b.	Avez-vous déjà subi des endoscopies des articulations ou des cavités corporelles, des examens au cathéter ou d'autres types d'interventions?	◯	◯	Pourquoi? Quand?
c.	Présentez-vous actuellement une quelconque maladie, un trouble de la santé ou des suites d'un accident?	◯	◯	Lesquels?
d.	Votre capacité de travail ou de gain est-elle réduite d'une quelconque manière?	◯	◯	Pourquoi? Depuis quand? Degré / Etendue?
e.	Au cours des 5 dernières années, avez-vous été entièrement ou partiellement incapable de travailler pendant plus de 4 semaines consécutives?	◯	◯	Pourquoi? De quand à quand?
f.	Avez-vous déjà présenté dans le passé une demande auprès d'une assurance pour obtenir des mesures médicales, scolaires, profession- nelles ou d'autre genre?	◯	◯	Auprès de quelle assurance? Quand? Pourquoi?
08	Y a-t-il eu chez vos parents, frères et soeurs, grand-parents des troubles neurologiques, des maladies cardiaques, des attaques d'apoplexie, du diabète, un cancer ou des maladies héréditaires avant l'âge de 55 ans?	◯	◯	Quelles maladies? Chez combien de personnes?

Date et signature de la personne à assurer

Date

Signature

N°	Questions	non	oui	Si oui, veuillez fournir de plus amples informations (valable pour toutes les questions)		
				Lesquels?	Quand? Combien de temps? Guéri?	Médecins / autres thérapeutes avec adresses:
09	**Présentez-vous ou avez-vous présenté au cours des 10 dernières années des maladies, des troubles ou des affections**					
a.	de **l'appareil respiratoire** tels que: asthme, bronchite à répétition ou chronique, pneumonie, tuberculose ou autres?	○	○			
b.	du **cœur** ou des **vaisseaux sanguins** tels que: hypertension, troubles circulatoires, infarctus du myocarde, vice ou insuffisance cardiaque, troubles du rythme cardiaque, attaque cérébrale, phlébite, varices ou autres?	○	○			
c.	de **l'appareil digestif** tels que: hernie hiatale, ulcères ou inflammations ou hémorragies de l'estomac ou des intestins, hémorroïdes, jaunisse, maladies du foie, de la vésicule biliaire, du pancréas ou autres?	○	○			
d.	de **l'appareil urinaire** ou **génital** tels que: maladie des reins, des uretères, de la vessie, des testicules ou de la prostate, de l'utérus ou des ovaires, des seins, calculs, présence de sang ou d'albumine dans les urines ou autres?	○	○			
e.	du **système nerveux** tels que: épilepsie, vertiges, maux de tête, paralysies, névrites ou autres?	○	○			
f.	du **psychisme** tels que: dépression, angoisse, trouble de stress, trouble alimentaire ou psychosomatique, burnout ou autres?	○	○			
g.	de **l'appareil locomoteur** (os, articulations, colonne vertébrale, disques intervertébraux, muscles, ligaments, tendons) tels que: douleurs dorsales, cervicales, des épaules, arthrose, rhumatismes ou autres?	○	○			
h.	des **yeux** tels que: acuité visuelle diminuée, cataracte ou glaucome, trouble oculaire, affection de la rétine ou autres?	○	○	Dioptries: gauche /droite		
i.	de **l'ouïe** tels que: surdité, inflammations, acouphènes ou autres?	○	○			
j.	du **métabolisme** ou du **sang** tels que: diabète, excès de cholestérol, goutte, troubles hormonaux (thyroïde, glandes surrénales), anémie, troubles de la coagulation ou autres?	○	○			
k.	du **système immunitaire** ou **maladies infectieuses** tels que: infection VIH, maladies sexuellement transmissibles, hépatite, maladie de Lyme, maladies tropicales ou autres?	○	○			
l.	en raison de **maladies de la peau** ou **d'allergies**, notamment alimentaires, au pollen, au poil d'animaux ou autres?	○	○			
m.	en raison de **maladies tumorales** (bénignes ou malignes)?	○	○			
n.	en raison de **malformations** ou **infirmités congénitales**?	○	○			
o.	en raison de la consommation de médicaments, d'alcool, de drogues ou d'autres substances additives et /ou de **dépendance** à ces produits?	○	○			
p.	autres maladies, troubles ou maux pour lesquels aucune question n'a été posée?	○	○			
10	Avez-vous fait une tentative de suicide?	○	○			
11	Une visite ou traitement médicale, une opération ou un séjour à l'hôpital sont-ils prévus ou ont-ils été recommandés?	○	○	Pourquoi?		
12	Au cours des **5 dernières années**, avez-vous consulté un médecin, un chiropraticien, un ostéopathe, un physiothérapeute, un psychothérapeute ou un autre spécialiste que vous n'avez pas cité précédemment?	○	○	Noms et adresses exactes Pourquoi?	Quand?	Guéri?
13	Quel a été le dernier médecin consulté?		⇨	Noms et adresses exactes ⇨ Pourquoi?	Quand?	Résultat?
14	Quel médecin connaît le mieux votre état de santé?		⇨	Nom et adresse exacte		

Je certifie avoir répondu de manière complète et véridique aux questions 1 à 14. La validité du contrat dépend de l'exactitude et de l'intégralité des indications. J'autorise les médecins, les établissements médicaux et les institutions d'assurance interrogés par la société à donner les renseigne- ments nécessaires à l'examen de la proposition.

Localité	Date	Signature de la personne à assurer

Je déclare avoir passé en revue avec la personne à assurer les questions qui précèdent.

Localité	Date	Signature du médecin

Appréciation du médecin sur l'anamnèse:

Examen médical y compris analyse des urines

Prière de décrire les états pathologiques ou anormaux. Merci.

N°	Questions	non	oui	Si oui, veuillez fournir de plus amples informations (valable pour toutes les questions)
15 a.	**Date** de l'examen médical		⇨	
b.	Connaissez-vous personnellement la personne à assurer?	○	○	Connue personnellement depuis:
				Identité vérifiée sur la base de: ○ Passeport ○ Carte d'identité ○ Permis de conduire ○ Livret pour étrangers
c.	Avez-vous déjà examiné ou soigné la personne à assurer?	○	○	Quand?
				Pourquoi?
				Résultat?
16	**Taille** (sans chaussures) / **poids** (sans vêtements)		⇨	cm kg
17	**Peau** Y a-t-il une affection cutanée ou des cicatrices?	○	○	
18	**Appareil respiratoire**			
a.	La percussion et l'auscultation donnent-elles des résultats anormaux?	○	○	Cause?
b.	Y a-t-il des symptômes indiquant une affection de l'appareil respiratoire?	○	○	
19	**Cœur et appareil circulatoire**			
a.	Auscultez-vous un souffle cardiaque?	○	○	Si oui: ○ systolique ○ diastolique
	Point maximum et propagation?		⇨	
	Le souffle est-il organique?	○	○	
b.	Perçoit-on des souffles carotidiens?	○	○	
c.	Fréquence du pouls, tension artérielle		⇨	Nombre de pulsations par minute
			⇨	Tension en mm Hg systolique / diastolique
	Si les valeurs sont supérieures à 135 / 85 mm Hg, répéter la mesure de la tension s.v.p.		⇨	Tension 2è mesure /
d.	Rythme du pouls		⇨	○ régulier ○ irrégulier
e.	Perçoit-on des souffles vasculaires?	○	○	Où?
f.	Les pouls pédieux font-ils défaut ou sont-ils amoindris?	○	○	
g.	Y a-t-il des symptômes d'insuffisance ou de décompensation (dyspnée, cyanose)?	○	○	
h.	Y a-t-il des varices ou des signes d'insuffisance veineuse chronique?	○	○	

Date et signature du médecin

Date

Signature

N°	Questions	non	oui	Si oui, veuillez fournir de plus amples informations (valable pour toutes les questions)
20	**Appareil digestif et abdomen**			
a.	Les dents, la langue, les amygdales, les muqueuses ou le pharynx ont-ils un aspect anormal?	○	○	
b.	L'examen clinique, la palpation, la percussion et l'auscultation de l'abdomen ont-ils révélé quelque chose d'anormal?	○	○	
c.	Y a-t-il une hernie?	○	○	
21	**Organes génito-urinaires**			
a.	Pour les personnes de sexe **masculin**: Y a-t-il des indices d'une affection des organes urinaires ou génitaux?	○	○	
b.	Pour les personnes de sexe **féminin**: Y a-t-il des indices d'une affection des organes urinaires ou génitaux, d'une modification anormale des seins ou y a-t-il une grossesse?	○	○	
22	**Système nerveux / organes des sens**			
a.	Y a-t-il des indices d'une affection des organes des sens, notamment une baisse de l'acuité visuelle ou auditive?	○	○	
b.	Y a-t-il des raisons de soupçonner la présence d'affections ou de déficits neurologiques p. ex. moteur, réflexes, sensibilité, équilibre?	○	○	
23	**Psychisme** Y a-t-il un trouble psychique (tel que trouble de l'humeur ou du comportement) ou y a-t-il des indices de situations pesantes ou de conflits actuellement?	○	○	
24	**Squelette / appareil locomoteur** Y a-t-il des indices d'une affection ou d'une déformation de la colonne vertébrale ou du reste de l'appareil locomoteur?	○	○	
25	**Divers**			
a.	Y a-t-il une augmentation de volume des ganglions lymphatiques?	○	○	Où?
b.	Y a-t-il des symptômes de troubles endocriniens?	○	○	
c.	Y a-t-il des indices de troubles du comportement alimentaire, d'alcoolisme ou de consommation de drogues?	○	○	
d.	Y a-t-il d'autres troubles, maladies ou résultats d'examen pathologiques qui n'ont pas encore été mentionnés?	○	○	
26	**Analyse d'urine (bandelettes urinaires)**			
	L'urine contient-elle de l'albumine?	○	○	
	L'urine contient-elle des sucres?	○	○	
	L'urine contient-elle des érythrocytes?	○	○	
	L'urine contient-elle des leucocytes?	○	○	
	L'urine contient-elle d'autres substances?	○	○	
	Si le test des bandelettes urinaires est réactif, établir **un sédiment urinaire** et fournir des indications quantitatives.	⇨		Ec Lc Divers

Je déclare avoir interrogé et examiné la personne à assurer et avoir répondu en toute bonne foi aux questions 15 à 26 qui précèdent.

Localité	Date	Signature du médecin

Remarques:
(autres constatations, par exemple facteurs de risque, propositions d’examen et / ou de traitement)

Veuillez joindre des copies de résultats d’examens déjà effectués. Merci.

Médecin
Adresse

Tél. Fax
GLN NCC
eMail

Signature _____
inutile en cas d'envoi électronique

Date

Transmission électronique

«Envoi direct» est désactivé parce que le destinataire ne peut pas être adressé en toute sécurité (HIN-Mail|Medidata)!