

## Rapport médical confidentiel

Référence du dossier \_\_\_\_\_

Établi par le Docteur \_\_\_\_\_  
à \_\_\_\_\_

### I - DÉCLARATIONS DE LA PERSONNE À ASSURER

(LE MÉDECIN DOIT INSCRIRE LUI-MÊME LES RÉPONSES)

Nom et prénom (suivi s'il y a lieu du nom d'époux) : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F

Date de naissance et nationalité : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

Situation de famille : \_\_\_\_\_ Profession : Actuelle : \_\_\_\_\_ Antérieure : \_\_\_\_\_

Sports pratiqués régulièrement : \_\_\_\_\_

Avez-vous séjourné ou résidé à l'étranger à titre professionnel ou dans un but humanitaire (sauf dans les pays de l'Union Européenne, Suisse, Norvège, Islande, États-Unis, Canada, Japon, Australie, Nouvelle Zélande) ou envisagez-vous de le faire au cours des 12 prochains mois : Si oui, où : \_\_\_\_\_

Quand ? \_\_\_\_\_

QUELLES QUE SOIENT LES RÉPONSES DONNÉES DANS CE QUESTIONNAIRE, VOUS ÊTES INVITÉ À LE TRANSMETTRE SOUS ENVELOPPE CONFIDENTIELLE CI-JOINTE À L'ATTENTION DU MÉDECIN CONSEIL DE CARDIF.

	NON	OUI	Commentaires				
<b>1</b> Consommez-vous des boissons alcoolisées ? Quantité par jour ?  Fumez-vous ? Combien par jour ?  Taille _____ cm                      Poids _____ kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vin <input type="checkbox"/>	bière <input type="checkbox"/>	apéritif <input type="checkbox"/>	alcool <input type="checkbox"/>	
			_____ cl	_____ cl	_____ cl	_____ cl	
			cigarettes <input type="checkbox"/>	cigares <input type="checkbox"/>	pipes <input type="checkbox"/>		
					Tension artérielle habituelle _____ / _____		
<b>2</b> Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des symptômes suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• tuberculose, paludisme, amibiase, maladies sexuellement transmissibles, infection conséquence d'une immuno-déficience acquise (SIDA) ou toute autre maladie infectieuse ou parasitaire ?</li> <li>• diabète, hypercholestérolémie, goutte, affection de la thyroïde (goitre) ou toute autre atteinte du système endocrinien ou du métabolisme ?</li> <li>• anémie, anomalie de la coagulation, leucémie ou toute autre maladie du sang ?</li> <li>• dépression, stress, anxiété, surmenage, névrose, tentative de suicide, psychose, schizophrénie, anorexie mentale, boulimie ou toute autre atteinte psychiatrique ?</li> <li>• paralysie, accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire, épilepsie, sclérose en plaques ou toute autre maladie du système nerveux ou des muscles ?</li> <li>• surdité, troubles de la vue ou toute autre maladie de l'oreille, du nez, de la gorge ou de l'oeil ?</li> <li>• malformation ou souffle cardiaque, douleurs thoraciques, palpitations, artérite, varices, hypertension artérielle, maladie coronarienne, infarctus du myocarde, troubles du rythme ou toute autre maladie de l'appareil cardio-vasculaire ?</li> <li>• bronchite chronique, asthme, emphysème ou toute autre maladie de l'appareil respiratoire ?</li> <li>• hémorragie digestive, affections de l'oesophage, de l'estomac, de l'intestin, du côlon, du rectum, du foie (hépatite, cirrhose), de la vésicule ou des voies biliaires, du pancréas, hernie ou toute autre maladie de l'appareil digestif ou atteinte de l'abdomen ?</li> <li>• albuminurie, affections des reins, des voies urinaires (coliques néphrétiques, cystite), des organes génitaux ou toute autre maladie de l'appareil urogénital ?</li> <li>• psoriasis, kyste ou toute autre maladie de la peau ?</li> <li>• ostéoporose, lumbago, hernie discale, sciatique, arthrose, douleurs dorsales ou toute autre maladie des os ou des articulations ?</li> <li>• toute autre maladie ou infirmité non citée plus haut ?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ?	Combien de temps ?	�volutions ?	Séquelles ?	
				Nature ? _____			
				Degré ? OG ___/10    OD ___/10    Correction : OG ___/10    OD ___/10			
				Perte de décibels ? _____			



NON OUI

Commentaires

Quand ? Combien de temps ? Évolutions ? Séquelles ?

**3** Avez-vous subi un traitement par substances radioactives, une chimiothérapie ou une transfusion sanguine ?

Avez-vous été accidenté ?

En cas de traumatisme crânien, indiquer s'il y a eu coma ou perte de connaissance et sa durée.

Avez-vous été opéré ?   Nature de l'intervention ? \_\_\_\_\_

**4** Pour les personnes de sexe féminin :   Date ? \_\_\_\_\_

Grossesses antérieures ?   Combien ? \_\_\_\_\_

Etes-vous enceinte ?   de complications éventuelles ? \_\_\_\_\_

Prenez-vous une contraception orale ?   de combien de mois ? \_\_\_\_\_

**5** Suivez-vous un traitement ?   de complications éventuelles ? \_\_\_\_\_

Recevez-vous des soins médicaux ?   laquelle ? \_\_\_\_\_

Avez-vous été, au cours des 10 dernières années, traité pendant plus de 3 semaines ?   lequel ? \_\_\_\_\_

Avez-vous consulté un médecin au cours des 12 derniers mois ?   pourquoi ? \_\_\_\_\_

Devez-vous être hospitalisé prochainement ou subir une intervention chirurgicale ?   lesquels ? \_\_\_\_\_

**6** Avez-vous subi, au cours des 5 dernières années, un électrocardiogramme, une radiographie du thorax, une analyse du sang, une analyse des urines ?   pourquoi ? \_\_\_\_\_

Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies VHB, VHC (hépatites), VIH dont le résultat se serait révélé positif ?   quand ? \_\_\_\_\_

Avez-vous été soumis à d'autres investigations (par exemple électro-encéphalogramme, scanner, scintigraphie, artériographie, autres) ?   pourquoi ? \_\_\_\_\_

**7** Vous trouvez-vous en état d'incapacité de travail ?   si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_

Avez-vous eu un arrêt de travail de plus de 3 semaines au cours des 10 dernières années ?   quand ? \_\_\_\_\_

Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié d'un taux d'invalidité ?   pourquoi ? \_\_\_\_\_

**8** Êtes-vous actuellement titulaire d'assurances de personnes ?   durée ? \_\_\_\_\_

Montant des garanties (décès, incapacité de travail, invalidité) ? (si besoin, merci de joindre un document descriptif daté et signé par la personne à assurer)   lequel ? \_\_\_\_\_

Conditions d'acceptation (tarif normal, motif en cas de refus, ajournement, restriction, surprime) ?

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

Quel est votre médecin habituel (adresse) ?

La validité des présentes déclarations est de 120 jours ; si la date de prise d'effet des garanties doit intervenir ultérieurement, CARDIF Assurance Vie pourra demander le renouvellement des formalités d'admission.

Je reconnais l'exactitude des renseignements donnés. Mon attention a été attirée sur le fait que l'assurance serait nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle (Art. L113-8 du Code des assurances). Conformément aux dispositions de l'article Informatique et Libertés de la Notice, les informations recueillies sont obligatoires pour réaliser l'opération d'assurance puis l'exécuter et seront utilisées pour la gestion interne de CARDIF Assurance Vie, ses mandataires, courtiers et réassureurs. Elles pourront être communiquées à des prestataires pour l'exécution de travaux effectués pour le compte de CARDIF Assurance Vie. Vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification en vous adressant à CARDIF Assurance Vie - Service Relations Clientèle SH 855 - Gestion Prévoyance - 4, rue des Frères Caudron 92858 Rueil-Malmaison Cedex, en joignant à votre demande la copie d'un justificatif d'identité comportant votre signature.

A \_\_\_\_\_, Le \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

Pour attestation de l'exacte transcription de l'anamnèse, Signature et cachet du médecin examinateur

Signature de la personne à assurer

[Signature box]

[Signature and stamp box]



## II - EXAMEN MÉDICAL

LE MÉDECIN EST PRIÉ DE RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS ET DE COMMENTER LES ÉVENTUELS ÉTATS PATHOLOGIQUES OU ANORMAUX

		NON	OUI	
<b>9</b>	Avez-vous déjà soigné la personne à assurer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	quand ? _____ pourquoi ? _____
<b>10</b>	<b>CONSTITUTION</b> Taille Poids Périmètre du thorax Circonférence de l'abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ cm (résultat de la mensuration) _____ kg (résultat de la pesée) _____ cm en inspiration      _____ cm en expiration _____ cm lesquelles ? _____ _____
<b>11</b>	<b>GÉNÉRALITÉS</b> Existe-t-il des anomalies congénitales et de la croissance ? Y a-t-il des difformités ou des malformations (thorax, colonne vertébrale, membres, autres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquelles ? _____ _____
<b>12</b>	<b>HABITUDES</b> Les occupations ou les habitudes de la personne à assurer peuvent-elles nuire à sa santé ? 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"/>	lesquelles ? _____ _____ lequels ? _____ _____
<b>13</b>	<b>SYSTÈME ENDOCRINIEN ET MÉTABOLISME</b> Votre examen met-il en évidence une anomalie ? Taux de cholestérol*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquelles ? _____ Total _____ g/l      HDL _____ g/l _____
<b>14</b>	<b>PSYCHIATRIE</b> Y a-t-il des troubles du comportement ou des signes pouvant évoquer une affection psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquels ? _____ _____
<b>15</b>	<b>SYSTÈME NERVEUX ET MUSCLES</b> Constatez-vous une symptomatologie évocatrice d'une atteinte du système nerveux ou d'une myopathie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle ? _____ _____
<b>16</b>	<b>ORGANES DES SENS</b> Y a-t-il une affection de l'appareil auditif ? Y a-t-il une baisse de l'acuité auditive ? Y a-t-il une affection des yeux ? Nécessite-t-elle une correction ?  La langue, le pharynx et les amygdales ont-ils un aspect pathologique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle ? _____ D. <input type="checkbox"/> G. <input type="checkbox"/> degré ? _____ D : _____ G : _____ laquelle ? _____ acuité avant correction ? OD _____ OG _____ acuité après correction ? OD _____ avec _____ dioptries acuité après correction ? OG _____ avec _____ dioptries lequel ? _____
<b>17</b>	<b>APPAREIL CARDIOVASCULAIRE</b> Y a-t-il des troubles du rythme ? Les bruits du coeur sont-ils anormaux (dédoublément, roulement, autres) ? Entendez-vous un souffle cardiaque ?  Le souffle est-il organique ? Existe-t-il une anomalie du pouls radial, carotidien, fémoral, tibial, postérieur ou pédieux ? Troubles du système veineux, oedème, troubles trophiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquels ? _____ intensité ? _____ systolique <input type="checkbox"/> où ? _____ intensité ? _____ diastolique <input type="checkbox"/> où ? _____ intensité ? _____ diagnostic ? _____ siège ? _____ droit <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> cause ? _____ importance ? _____ lesquels ? _____ importance ? _____
	<b>TENSION ARTÉRIELLE</b> Est-elle ou a-t-elle été traitée ? Fréquence du pouls : - Si fréquence inférieure à 60, veuillez effectuer une prise du pouls à l'effort. - Si les chiffres tensionnels sont supérieurs à 15/9 ou la fréquence du pouls supérieure à 90, veuillez effectuer un contrôle en fin d'examen, après repos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	systolique _____ diastolique _____ si oui, depuis quand ? _____ _____ /mn résultat ? _____ systolique _____ diastolique _____ diastolique _____ /mn
	<b>Contrôle éventuel :</b>			

\* Si connu ou joindre un bilan déjà réalisé



NON	OUI	Commentaires
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	si oui, laquelle ? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	si oui, laquelle ? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle ? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	de combien de cm ? _____ consistance ? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	palpable ? _____ cm cause ? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	siège ? _____ bilatérale ? non <input type="checkbox"/> oui. <input type="checkbox"/> autres substances anormales
<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"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle ? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a-t-il mis en évidence des anomalies ? non <input type="checkbox"/> oui. <input type="checkbox"/> si oui, lesquelles ? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle ? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	siège ? _____ origine ? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle ? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- 18 APPAREIL RESPIRATOIRE**  
 Votre examen met-il en évidence une anomalie ?  
 Un examen radiologique a-t-il mis en évidence une anomalie ?
- 19 APPAREIL DIGESTIF**  
 La palpation de l'abdomen décèle-t-elle une anomalie ?  
 Le foie est-il agrandi ?  
 La rate est-elle agrandie ?  
 Y a-t-il une hernie, une éventration ?
- 20 APPAREIL UROGENITAL**  
 Examen de l'urine : albumine \_\_\_\_\_  
 (bandelette si ECBU non nécessaire) sucre \_\_\_\_\_  
 sang \_\_\_\_\_  
 pus \_\_\_\_\_
- Y a-t-il des indices d'une affection des organes génitaux ou des seins ?  
 Un toucher rectal a-t-il été effectué ?
- 21 PEAU**  
 Y a-t-il une affection cutanée ou des phanères ?
- 22 GANGLIONS LYMPHATIQUES**  
 Y a-t-il une augmentation de volume des ganglions lymphatiques ?
- 23 OS, ARTICULATIONS ET TISSU CONJONCTIF**  
 Votre examen met-il en évidence une anomalie des os, articulations et du tissu conjonctif ?
- 24 CONCLUSION**  
 Estimez-vous que le pronostic vital de cette personne est altéré ?  
 Faites-vous des réserves sur les risques d'invalidité totale ou partielle ou d'incapacité de travail ?  
 Remarques spéciales et suggestions :

### Important

CARDIF Assurance Vie invite le médecin à s'abstenir, à l'égard de la personne à assurer ou de l'intermédiaire en assurance, de toute remarque qui pourrait faire préjuger de la décision de l'Assureur.

**La validité des présentes déclarations est de 120 jours ; si la date de prise d'effet des garanties doit intervenir ultérieurement, CARDIF Assurance Vie pourra demander le renouvellement des formalités d'admission.**

A \_\_\_\_\_, Le \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

Signature du médecin examinateur

Cachet du médecin examinateur

**QUELLES QUE SOIENT LES RÉPONSES DONNÉES DANS CE QUESTIONNAIRE,  
 VOUS ÊTES INVITÉ À LE TRANSMETTRE SOUS ENVELOPPE CONFIDENTIELLE CI-JOINTE  
 À L'ATTENTION DU MÉDECIN CONSEIL DE CARDIF.**

4, rue des Frères Caudron / 92858 Rueil-Malmaison Cedex

UFEP - Association régie par la loi du 1<sup>er</sup> Juillet 1901 - Siège social : 10, rue Louis Blériot - 92500 Rueil-Malmaison  
 CARDIF Assurance Vie - Entreprise régie par le Code des assurances - S.A. au capital de 594 854 922 € - 732 028 154 RCS Paris  
 Siège social : 1, boulevard Haussmann - TSA 93000 - 75318 Paris cedex 09 - Bureaux : 4, rue des Frères Caudron - 92858 Rueil-Malmaison Cedex  
 Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61, rue Taitbout - 75009 Paris

