

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 ?
Date ?

4 Pour les personnes de sexe féminin :
Grossesses antérieures ?

Combien ?
complications éventuelles ?

de combien de mois ?
complications éventuelles ?

laquelle ?

5 Suivez-vous un traitement ?

lequel ?
pourquoi ?

lesquels ?
pourquoi ?

quand ?
pourquoi ?

quand ?
pourquoi ?

quand ?
motif ?

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

si oui, lesquels ?
quand ?
résultat ?

si oui, lesquelles ?
résultat des tests ?
Date ?

quand ?
lesquelles ?
résultat ?

7 Vous trouvez-vous en état d'incapacité de travail ?

totale partielle depuis ?
pourquoi ?

quand ?
pourquoi ?
durée ?

lequel ?

8 Êtes-vous actuellement titulaire d'assurances de personnes ?

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

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 Relation Clients France - SH 944 - Prévoyance - 8, rue du Port - 92728 Nanterre 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	
9	Avez-vous déjà soigné la personne à assurer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	quand ? _____ pourquoi ? _____
10	CONSTITUTION Taille Poids Périmètre du thorax Circonférence de l'abdomen			_____ cm (résultat de la mensuration) _____ kg (résultat de la pesée) _____ cm en inspiration _____ cm en expiration _____ cm
11	GÉNÉRALITÉS 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 ? _____ _____
12	HABITUDES 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 ? _____ _____
13	SYSTÈME ENDOCRINIEN ET MÉTABOLISME Votre examen met-il en évidence une anomalie ? Taux de cholestérol*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle ? _____ Total _____ g/l HDL _____ g/l
14	PSYCHIATRIE Y a-t-il des troubles du comportement ou des signes pouvant évoquer une affection psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquels ? _____ _____
15	SYSTÈME NERVEUX ET MUSCLES Constatez-vous une symptomatologie évocatrice d'une atteinte du système nerveux ou d'une myopathie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle ? _____ _____
16	ORGANES DES SENS 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"/>
17	APPAREIL CARDIOVASCULAIRE 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"/>	degré ? _____ D : _____ G : _____ laquelle ? _____ acuité avant correction ? OD _____ OG _____ acuité après correction ? OD _____ avec _____ dioptries acuité après correction ? OG _____ avec _____ dioptries
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lequel ? _____
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquels ? _____
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	intensité ? _____
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	systolique <input type="checkbox"/> où ? _____ intensité ? _____ diastolique <input type="checkbox"/> où ? _____ intensité ? _____
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	diagnostic ? _____ siège ? _____
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	droit <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> cause ? _____ importance ? _____
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquels ? _____ importance ? _____ _____
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	systolique _____ diastolique _____ si oui, depuis quand ? _____ _____/mn
				résultat ? _____
				systolique _____ diastolique _____ diastolique _____/mn

* Si connu ou joindre un bilan déjà réalisé



- 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 :

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 ? _____ cause ? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	siège ? _____ bilatérale ? non <input type="checkbox"/> oui. <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<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"/>
<input type="checkbox"/>	<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"/>	_____

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.**

8, rue du Port - 92728 Nanterre Cedex

