

EXAMED-2

NON OUI

Si OUI, merci de préciser impérativement :

Tension artérielle :

Systolique Diastolique

11 Est-elle traitée ?

Depuis quand ?

- Si les chiffres tensionnels sont supérieurs à 13,7/8,7, veuillez effectuer un contrôle en fin d'examen après repos.

Contrôle éventuel :

Systolique Diastolique

Pouls

12

Fréquence du pouls : /mn

- Si fréquence inférieure à 60 ou supérieure à 90, veuillez effectuer un contrôle en fin d'examen. Résultat du contrôle :

Appareil respiratoire

13

a) Votre examen met-il en évidence une anomalie ?

Laquelle ?

b) Examen radiologique (déjà réalisé) ?

Date : / / Résultat ?

Appareil digestif

14

a) La langue, le pharynx et les amygdales ont-ils un aspect pathologique ?

Lequel ?

b) La palpation de l'abdomen décèle-t-elle un état pathologique ?

Lequel ?

c) Le foie est-il agrandi ?

De combien de cm ? Consistance

d) La rate est-elle agrandie ?

Palpable sur cm - Cause :

e) Y a-t-il une hernie, une éventration ?

Siège : - Bilatérale : Oui Non

Appareil urogénital

15

a) Y a-t-il des indices d'une affection des organes génitaux ou des seins

Lesquels ?

b) Examen de l'urine (obligatoire) - (l'urine doit être émise chez le médecin)

albumine

Dosage éventuel : g/l Autres substances anormales

sucré

Dosage éventuel : g/l

sang

pus

Peau

16

Y a-t-il une affection cutanée ou des phanères ?

Laquelle ?

Ganglions lymphatiques

17

Y a-t-il une augmentation du volume des ganglions lymphatiques ?

Siège ?
Origine

Os, articulations et tissu conjonctif

18

Votre examen met-il en évidence un état pathologique ?

Lequel ?

Conclusion

19

a) Estimez-vous que le pronostic vital de cette personne est altéré ?

b) Faites-vous des réserves sur les risques d'invalidité totale ou partielle ou d'incapacité de travail ?

c) Remarques spéciales et suggestions :

IMPORTANT : la société invite le médecin à s'abstenir, à l'égard de la personne à assurer ou de l'intermédiaire, de toute remarque qui pourrait faire préjuger de la décision de l'assureur.

INFORMATIQUE ET LIBERTES : Les informations recueillies sur ce document sont nécessaires à l'étude et au traitement de votre demande qui se fera dans le strict respect du secret médical. Par votre signature, vous consentez expressément au traitement de vos données médicales par MetLife, ses mandataires et réassureurs. Vous pouvez, conformément à la Loi informatique et Libertés du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, y accéder, les faire rectifier ou vous opposer à leur traitement pour des motifs légitimes, en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à MetLife, 34 place des Corolles, TSA 22 222, 92919 Paris la Défense Cedex, à l'attention du « Médecin Conseil » en précisant vos nom, prénom et si possible votre référence client.

Fait à , le / /

Cachet du médecin-examineur

Signature du médecin-examineur :

X

Veillez SVP adresser directement ce rapport et la note de vos honoraires* (à concurrence du plafond de la Compagnie), accompagnés impérativement de la proposition d'assurance complétée et signée par l'assuré sous pli confidentiel à : MetLife - DIP - à l'attention du Médecin Conseil - 34, place des Corolles - TSA 22 222 - 92919 PARIS LA DÉFENSE CEDEX.

* Les honoraires ne seront remboursés qu'à réception des documents originaux précités.