

Tableau de Sélection Médicale

Date application : 1^{er} octobre 2005

CAPITAL ASSURE	AGE A L'ADHESION		
	Moins de 55 ans	De 55 à 64 ans	De 65 à 74 ans
Jusque 75 000 €	Questionnaire Médical	Questionnaire Médical	Questionnaire Médical
De 75 001 € à 225 000 €	Questionnaire Médical	Questionnaire Médical Rapport de visite médicale	Questionnaire Médical Rapport de visite médicale
De 225 001 € à 375 000 €	Questionnaire Médical Rapport de visite médicale Profil sanguin	Questionnaire Médical Rapport de visite médicale Profil sanguin	Questionnaire Médical Rapport de visite médicale Profil sanguin
De 375 001 € à 1 500 000 €	Questionnaire Médical Rapport de visite médicale Profil sanguin Electrocardiogramme de repos avec tracés et compte rendu du cardiologue	Questionnaire Médical Rapport de visite médicale Profil sanguin Electrocardiogramme de repos avec tracés et compte rendu du cardiologue	Questionnaire Médical Rapport de visite médicale Profil sanguin Electrocardiogramme de repos avec tracés et compte rendu du cardiologue
De 1 500 001 € à 2 500 000 €	Questionnaire Médical Rapport de visite médicale Profil sanguin Examen des urines Electrocardiogramme de repos et d'effort avec tracés et compte rendu du cardiologue Radiographie du thorax avec compte rendu Justifications financières	Questionnaire Médical Rapport de visite médicale Profil sanguin + antigènes prostatiques spécifiques pour les hommes Examen des urines Electrocardiogramme de repos et d'effort avec tracés et compte rendu du cardiologue Radiographie du thorax avec compte rendu Mammographie bilatérale avec compte rendu pour les femmes Justifications financières	
Au dessus de 2 500 001 €	Consulter le Siège		

Profil sanguin :

Numération formule sanguine, vitesse de sédimentation, Numération plaquettaire, Glycémie, Créatinine, Urée, Acide Urique, Phosphatases alcalines, Triglycérides, Cholestérol Total et HDL, Transaminases SGOT - SGPT et Gammas GT, HIV 1 et 2 par immunoenzymologie 2 réactifs, marqueurs du virus de l'Hépatite B et C (antigènes HBs et sérologie des anticorps de l'Hépatite C)

Examen des urines :

Sucre, Albumine, Leucocytes, Sang, Cytobactériologie des urines. Recherche de cotinine urinaire (pour les non-fumeurs)

Justifications financières :

Questionnaire financier dûment rempli (avec copie de l'avis d'imposition) et tout justificatif demandé par la Compagnie en fonction de l'activité de la personne à assurer.
En cas de couverture de prêt, copie de l'accord de prêt et du tableau d'amortissement, sinon lettre d'un expert comptable ou notaire, indiquant avec précisions comment est calculé le capital à assurer.
Liste exhaustive des voyages effectués l'an dernier et prévus pour cette année

SMTGE_EMPR_1005

Assurance avec examen médical

Rapport du médecin examinateur

DÉCLARATION DE LA PERSONNE À ASSURER : _____

Le médecin est prié d'inscrire lui-même les réponses, de cocher les cases correspondantes et de compléter les rubriques lorsqu'un commentaire est souhaité. Si les réponses ont été consignées antérieurement, le médecin est invité à les revoir avec la personne à examiner.

1

a) Nom et Prénom(s) (suivi s'il y a lieu du nom d'époux) : _____

b) Date et lieu de naissance : _____ Nationalité : _____

c) Domicile : _____

d) Situation de famille : Célibataire Marié Divorcé Autre : _____

e) Profession : Actuelle : _____ Antérieure : _____

f) Sports pratiqués régulièrement : _____

g) Si vous avez séjourné ou résidé à l'étranger (sauf Europe et Amérique du Nord) ou si vous avez envisagé de le faire :
Où ? _____ Quand ? _____ But ? _____

2

Répondre par Oui ou par Non Si oui, veuillez donner toute précision (motif, date, résultat, etc...)

a) Consommez-vous des boissons alcoolisées Quantité par jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vin _____cl	<input type="checkbox"/> Bière _____cl	<input type="checkbox"/> Apéritif _____cl	<input type="checkbox"/> Alcool ? _____cl
b) Fumez vous ? Combien par jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cigarettes _____	<input type="checkbox"/> Cigares _____	<input type="checkbox"/> Pipes _____	
c) Faites-vous ou avez fait usage de stupéfiants (drogues) ?	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? _____ Jusqu'à quand ? _____			
d) Votre poids a-t-il diminué au cours de la dernière année ?	<input type="checkbox"/>	_____Kg Cause : _____ Intentionnellement ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			

3

Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des symptômes suggérant :

a) Une maladie infectieuse ou parasitaire, une maladie sexuellement transmissible (syndromes apparentés au sida) ?	<input type="checkbox"/>	_____
b) Une atteinte du système endocrinien ou du métabolisme ?	<input type="checkbox"/>	_____
c) Une maladie du sang ?	<input type="checkbox"/>	_____
d) Une atteinte psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	_____
e) Une maladie du système nerveux ou des muscles ?	<input type="checkbox"/>	_____
f) Une maladie de l'oreille, du nez, de la gorge ou de l'oeil ?	<input type="checkbox"/>	_____
g) Une maladie de l'appareil cardiovasculaire ?	<input type="checkbox"/>	_____
h) Une maladie de l'appareil respiratoire ?	<input type="checkbox"/>	_____
i) Une maladie de l'appareil digestif ou une atteinte de l'abdomen ?	<input type="checkbox"/>	_____
j) Une maladie de l'appareil urogénital ?	<input type="checkbox"/>	_____
k) Une maladie de la peau ?	<input type="checkbox"/>	_____
l) Une maladie des os ou des articulations ?	<input type="checkbox"/>	_____
m) Une autre maladie ou infirmité ?	<input type="checkbox"/>	_____



4

Répondre par Oui ou par Non Si oui, veuillez donner toute précision (motif, date, résultat, etc...)

- a) Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?
- b) Avez-vous subi un traitement par substances radioactives ou une chimiothérapie ou une transfusion sanguine ?
- c) Avez-vous été accidenté ?
En cas de traumatisme crânien, indiquer s'il y a eu coma ou perte de connaissance et sa durée.
- S'il a été répondu par OUI à l'une des questions 3 et 4, de quelle maladie ou opération, de quel accident s'agit-il ?

Quand/durée/date de guérison/séquelles/commentaires

5

- a) Vous a-t-on déclaré inapte au Service Militaire au cours des 5 dernières années ?
- b) Etes-vous bénéficiaire d'une rente d'invalidité ?
 Civile ? Militaire ?

Quand ? _____ Pourquoi ? _____

Motif : _____

Taux : _____ Depuis quand ? _____

6

Pour les personnes de sexe féminin :

- a) Grossesses antérieures ?
- b) Etes-vous enceinte ?
- c) Prenez-vous des anticonceptionnels ?

Combien ? _____

Complications éventuelles : _____

De combien de mois ? _____

Complications éventuelles : _____

7

- a) Suivez-vous un traitement ?
- b) Recevez-vous des soins médicaux ?
- c) Avez-vous été, au cours des 5 dernières années traité pendant + de 3 semaines ?
- d) Avez-vous consulté un médecin au cours des 12 derniers mois ?
- e) Devez-vous être hospitalisé prochainement ou subir une intervention chirurgicale ?

Lequel ? _____

Pourquoi ? _____

Lesquels ? _____

Pourquoi ? _____

Quand ? _____ Pourquoi ? _____

Quand ? _____ Pourquoi ? _____

Quand ? _____ Motif : _____

8

- a) Vous a-t-on fait au cours des 5 dernières années :
- un électrocardiogramme ?
 - une radiographie du thorax ?
 - une analyse du sang ?
 - une analyse des urines ?
 - un test du sida ?
- b) Avez-vous été soumis à d'autres investigations (par exemple électroencéphalogramme, scanner, scintigraphie, artériographie) ?

Quand ? _____ Résultat : _____

Quand ? _____ Résultat : _____

Quand ? _____ Résultat : _____

Quand ? _____ Résultat : _____

Quand ? _____ Résultat : _____

Quand ? _____ Lesquelles ? _____

Résultat : _____

9

- a) Vous trouvez-vous en état d'incapacité de travail ?
- b) Avez-vous été, durant les 5 dernières années, incapable de travailler pendant + de 3 semaines ?
- Avez-vous autre chose à déclarer concernant votre état de santé ?
- Quel est votre médecin habituel (adresse) :

Totale Partielle depuis : _____

Pourquoi ? _____

Quand ? _____ Pourquoi ? _____

Durée : _____

Je certifie avoir répondu sincèrement aux questions précitées et n'avoir rien dissimulé. J'autorise les médecins et les autres personnes interrogées par la Société à donner confidentiellement à son Service Médical les renseignements demandés en relation avec le contrat d'assurance.

Fait à : _____

le : _____

Signature de la personne à assurer

Pour attestation de l'exacte transcription de l'anamnèse,
le Médecin Examineur

Examen médical

Le médecin est prié de répondre à toutes les questions et de commenter les éventuelles anomalies constatées.

10 Répondre par Oui ou par Non Si oui, veuillez donner toute précision (motif, date, résultat, etc...)		
Avez-vous déjà soigné la personne à assurer ?	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Pourquoi ? _____
11 CONSTITUTION		
a) Taille	<input type="checkbox"/>	_____ cm (résultat de la mensuration)
b) Poids	<input type="checkbox"/>	_____ Kg (résultat de la pesée)
c) Périmètre du thorax	<input type="checkbox"/>	_____ cm en inspiration _____ cm en expiration
d) Circonférence de l'abdomen	<input type="checkbox"/>	_____ cm
12 GÉNÉRALITÉS		
a) Existe-t-il des anomalies congénitales et de la croissance ?	<input type="checkbox"/>	Lesquelles ? _____
b) Y a-t-il des difformités ou des malformations (thorax, colonne vertébrale, membres, etc...) ?	<input type="checkbox"/>	Lesquelles ? _____
13 HABITUDES		
a) Les occupations ou les habitudes de la personne à assurer peuvent-elles nuire à sa santé ?	<input type="checkbox"/>	Lesquelles ? _____
b) 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"/>	Lesquels ? _____
14 SYSTÈME ENDOCRINIEN ET MÉTABOLISME		
Votre examen met-il en évidence une anomalie ?	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? _____
15 PSYCHIATRIE		
Y a-t-il des troubles du comportement ou des signes pouvant évoquer une affection psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? _____
16 SYSTÈME NERVEUX ET MUSCLES		
Constatez-vous une symptomatologie évocatrice d'une atteinte du système nerveux ou d'une myopathie ?	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? _____
17 ORGANES SENSITIFS		
a) Y a-t-il une affection de l'appareil auditif ?	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? _____ <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
Y a-t-il une baisse de l'acuité auditive ?	<input type="checkbox"/>	Degré ? _____ <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
b) Y a-t-il une affection des yeux ?	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? _____
Nécessite-t-elle une correction ?	<input type="checkbox"/>	Avant correction : OD _____ OG _____ Après correction : OD _____ avec _____ dioptries OG _____ avec _____ dioptries
18 APPAREIL CARDIOVASCULAIRE		
a) L'aire cardiaque est-elle agrandie ?	<input type="checkbox"/>	Importance : _____
b) Troubles du rythme ?	<input type="checkbox"/>	Lesquels : _____
c) Les bruits du coeur sont-ils anormaux ? (dédoublément, roulement, etc...)	<input type="checkbox"/>	_____ intensité : _____
d) Entendez-vous un souffle cardiaque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Systolique où ? _____ intensité : _____ <input type="checkbox"/> Diastolique où ? _____ intensité : _____
Comment se propage-t-il ? Irradiation ?	<input type="checkbox"/>	_____
e) Le souffle est-il organique ?	<input type="checkbox"/>	Diagnostic : _____
f) Existe-t-il une anomalie du pouls radial, carotidien, fémoral, tibial postérieur ou pédieux ?	<input type="checkbox"/>	Siège : _____ <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche
g) Troubles du système veineux, oedème	<input type="checkbox"/>	Cause : _____ importance : _____ Lesquels ? _____ importance : _____

TENSION ARTÉRIELLE : Systolique : _____ Diastolique : _____ Non traitée Traitée
 Fréquence du pouls : _____ Pulsations par minute : _____
 - si fréquence inférieure à 60, veuillez effectuer une prise du pouls à l'effort. Résultat : _____
 - 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.
 Contrôle éventuel : Systolique : _____ Diastolique : _____ Pulsations par minute : _____

19 Répondre par Oui ou par Non Si oui, veuillez donner toute précision (motif, date, résultat, etc...)

19 APPAREIL RESPIRATOIRE

a) Votre examen met-il en évidence une anomalie ? _____ Laquelle ? _____
 b) Examen radiologique ? _____ Résultat ? _____

20 APPAREIL DIGESTIF

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 : Non Oui

21 APPAREIL UROGÉNITAL

a) Examen de l'urine : _____ albumine _____ Dosage éventuel : _____ g/l
 (L'urine doit être émise chez le médecin) _____ sucre _____ Dosage éventuel : _____ g/l
 _____ sang _____
 _____ Pus _____
 b) Y a-t-il des indices d'une affection des organes génitaux ou des seins ? _____ Laquelle ? _____

Autres substances anormales

22 PEAU

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

23 GANGLIONS LYMPHATIQUES

Y a-t-il une augmentation de volume des ganglions lymphatiques ? _____ Siège : _____
 Origine : _____

24 OS, ARTICULATIONS ET TISSU CONJONCTIF

Votre examen met-il en évidence un état pathologique ? _____ Lequel ? _____

25 CONCLUSION

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 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 du courtier d'assurance, de toute remarque qui pourrait faire préjuger de la décision de l'assureur.

Fait à : _____
 le : _____

le Médecin Examinateur, Cachet et signature.