

<b>Médecin, cachet (adresse exacte)</b>   	Société  N° de police / proposition
---	---

## 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.

## Données personnelles de la personne à assurer

Nom, prénom <input style="width: 95%;" type="text"/>	Date de naissance <input style="width: 95%;" type="text"/>	Description de l'activité professionnelle actuelle <input style="width: 95%;" type="text"/>
Rue, numéro <input style="width: 95%;" type="text"/>	NPA <input style="width: 95%;" type="text"/>	Localité <input style="width: 95%;" type="text"/>
		Pays <input style="width: 95%;" type="text"/>

## Anamnèse

N°	Questions	non	oui	Si oui, veuillez fournir de plus amples informations (valable pour toutes les questions)
01	Pratiquez-vous régulièrement un sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cigarettes <input type="checkbox"/> E-Cigarettes <input type="checkbox"/> Cigares <input type="checkbox"/> Pipe <input type="checkbox"/> Autres (p. ex. narguilé, tabac à chiquer, patch de nicotine) Quoi? Combien par jour?      Quand la dernière fois?
03	Consommez-vous des boissons alcoolisées?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles? Quantité? 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)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand? Par qui? Nom et adresse
05	Consommez-vous ou avez-vous consommé des drogues durant les 10 dernières années?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 médicaments vous ont-ils été prescrits?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels?      Combien de fois? Pourquoi?      De quand à quand?
07 a.	Avez-vous déjà été hospitalisé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi? Quand?
c.	Présentez-vous actuellement une quelconque maladie, un trouble de la santé ou des suites d'un accident?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels?
d.	Votre capacité de travail ou de gain est-elle réduite d'une quelconque manière?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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, professionnelles ou d'autre genre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auprès de quelle assurance? Quand? Pourquoi?
08	Y a-t-il eu chez vos parents, frères et sœurs, 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quelles maladies?  Chez combien de personnes?

<b>Date et signature de la personne à assurer</b>	Date <input style="width: 95%;" type="text"/>	Signature <input style="width: 95%;" type="text"/>
---	--	---

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

Localité	Date	Signature de la personne à assurer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Localité	Date	Signature du médecin
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Date et signature du médecin

Date

Signature

