



RAPPORT MÉDICAL

CONCERNANT LES EXAMENS MÉDICAUX, VOUS POUVEZ FAIRE APPEL À NOS PARTENAIRES :

ABCOS : 0969.322.732

C.B.S.A. : 0969.323.443

L'AVANTAGE DE PASSER PAR CES DERNIERS ÉTANT D'ÉVITER L'AVANCE DE FONDS PAR L'ASSURÉ.

A - DÉCLARATIONS DE LA PERSONNE À ASSURER RECUEILLIES ET CONTRÔLÉES PAR LE MÉDECIN EXAMINATEUR

IMPORTANT

DISPOSITIONS RELATIVES AU DROIT À L'OUBLI :

Vous pourrez bénéficier des dispositions du « droit à l'oubli » si vous avez été atteint d'une maladie cancéreuse ou d'une hépatite virale C sous réserve que la date de fin du protocole thérapeutique (*) remonte à plus de 5 ans au jour de votre demande d'assurance **et** qu'il n'a pas été constaté de rechute (**) de votre maladie.

Par ailleurs, une grille de référence (consultable sur le site www.aeras-infos.fr) énonce les pathologies, pour lesquelles les assureurs doivent se soumettre à certaines conditions d'acceptation, selon des critères précisément fixés.

***Date de fin du protocole thérapeutique : il s'agit de la date de la fin du traitement actif du cancer ou de l'hépatite virale C, en l'absence de rechute, par chirurgie, radiothérapie chimiothérapie ou traitements antiviraux effectués en structure autorisée, à laquelle plus aucun traitement n'est nécessaire hormis la possibilité d'une thérapeutique persistante de type hormonothérapie ou immunothérapie.**

**** Rechute: il s'agit de toute nouvelle manifestation médicalement constatée du cancer ou de l'hépatite virale C, qu'elle le soit par le biais d'un examen clinique, biologique ou d'imagerie.**

1. IDENTIFICATION DU PROPOSANT

Monsieur Madame

Nom Prénom

Nom de jeune fille Date de naissance

Lieu de naissance : Code postal Ville

Adresse actuelle

Code postal Ville Téléphone

Adresse email personnelle :

Contrôle d'identité : Nature de la pièce d'identité Numéro

2. ANTÉCÉDENTS DE SANTÉ

Oui Non

Précision

Le proposant souffre-t-il ou a-t-il souffert d'une maladie listée ci-après ?
(Cochez « oui » ou « non » et donnez des précisions en regard de chaque réponse positive aux questions suivantes type, date de début, durée de la maladie, traitement médical, état de santé actuel ou séquelles éventuelles).

1. Maladies de l'appareil respiratoire

(notamment : tuberculose, pleurésie, bronchite, syndrome d'apnée du sommeil, asthme, emphysème, pneumonie) ?

.....
.....
.....

2. Maladies du coeur et des vaisseaux

(notamment : cardiopathies congénitales, valvulopathies, insuffisance coronaire, myocardiopathie, péricardite, troubles du rythme ou de la conduction, hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, maladies vasculaires, artérite) ?

.....
.....
.....

Nom et prénom du proposant :

2. ANTÉCÉDENTS DE SANTÉ (SUITE)	Oui	Non	Précision
3. Maladies du système digestif (notamment : maladies oesophagiennes, ulcères gastriques ou duodénaux, hémorragie digestive, polypes, maladies inflammatoires chroniques intestinales (RCH, Crohn), maladies du foie, des voies biliaires, du pancréas, hépatites) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Maladies du système génito-urinaire (notamment : affection rénale ou des voies urinaires, glomérulonéphrites, calculs rénaux, hématurie, albuminurie) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Affections neurologiques ou psychiques (notamment : anévrisme ou malformation artério-veineuse, hémorragie cérébrovasculaire, AVC, AIT, épilepsie, méningite, migraine, sclérose en plaques, syndrome dépressif, anxiété, tentative de suicide, séjours en établissement spécialisé (service de psychiatrie, désintoxication) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Affections endocriniennes ou métaboliques (notamment : thyroïdiennes, diabète, dyslipidémie, autres affections endocriniennes) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Affections hématologiques (notamment : anémie, polyglobulie, hémophilie, leucémie, maladie de Hodgkin, autres affections hématologiques) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Maladies du système immunitaire, maladies infectieuses ou parasitaires (notamment : VIH, hépatites, maladies tropicales, paludisme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Maladies des os et des muscles (notamment : arthrose et rhumatismes inflammatoires, fibromyalgie et syndromes apparentés, affections disco vertébrales, y compris hernie discale, tassement vertébral, lombalgies mêmes banales, cervicalgies, dorsalgies, myélopathie, sciatique et troubles statiques (scoliose), tendinopathies chroniques, myopathies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Maladies des yeux et troubles de la vision (notamment : glaucome, rétinopathie, cataracte, myopie sévère) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Affections ORL (notamment : vertiges, surdité, affections bucco linguales) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Manifestations immuno-allergiques ou dermatologiques (notamment : eczéma, allergies cutanées, lupus, purpura, tumeurs cutanées, psoriasis) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Affections tumorales ou cancéreuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Avez-vous fait l'objet d'un traitement par radiothérapie, chimiothérapie ou hormonothérapie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? Pour quelles raisons ?

2. ANTÉCÉDENTS DE SANTÉ (SUITE)	Oui	Non	Précision
15. Avez-vous eu un accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? Nature des séquelles éventuelles ?
16. Faites-vous actuellement usage de médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? Pour quel motifs ? Depuis quand ?
17. Avez-vous fait l'objet d'investigations paracliniques ou d'examens complémentaires (tests sanguins ou urinaires, radiographie, endoscopie, échographie, scanner, ultrasons, électrocardiogramme) dont les résultats n'auraient pas été jugés normaux ? (joindre la copie des comptes rendus de ces examens)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? Lesquels ? Résultats ?
18. Avez-vous fait l'objet d'examens tels que : angiographie, électroencéphalogramme, angioscanner, coronarographie ou autres investigations non citées précédemment (joindre la copie des comptes rendus de ces examens)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? Lesquels ? Résultats ?
19. Avez-vous bénéficié ou formulé une demande en vue de bénéficier de prestations servies au titre de l'invalidité ou de l'exonération du ticket modérateur ? (joindre la notification)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel motifs ? Depuis quand ? Taux d'invalidité reconnu ?
20. Votre poids a-t-il varié de plus de 10 kg au cours des 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel motifs ?
21. Avez-vous effectué un test de dépistage, portant sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine, dont le résultat a été positif (présence d'un ou plusieurs virus dans le sang) ? Si oui, à quelle date ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? Lequel ?
22. Êtes-vous actuellement en arrêt de travail pour raison de santé ? (y compris les arrêts de travail pour grossesse pathologique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis quand ? Pour quel motifs ?
23. Avez-vous, au cours des dix dernières années été en arrêt de travail pour maladie ou accident pendant plus de trois semaines consécutives ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis quand ? Pour quel motifs ?
24. À votre connaissance, devez-vous être hospitalisé ou vous soumettre à des examens complémentaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis quand ? Pour quel motifs ?
25. Au cours des 10 dernières années, avez-vous été hospitalisé ou opéré (hôpital, clinique, sanatorium, maison de santé, centre de rééducation) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis quand ? Pour quel motifs ? Durée de l'hospitalisation ?

2. ANTÉCÉDENTS DE SANTÉ (SUITE)		Oui	Non	Précision
Question réservée aux personnes de sexe masculin				
26. Faites-vous l'objet d'examens réguliers de la prostate (dosage sanguin de l'antigène spécifique de la prostate) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résultats ? Date ?
Questions réservées aux personnes de sexe féminin				
27. Êtes-vous actuellement enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis quand ?	Poids avant le début de la grossesse ? kg Grossesse pathologique ou à risque ?
28. Êtes-vous régulièrement suivie sur le plan gynécologique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date du dernier examen ?	Résultats ?
29. Une mammographie a-t-elle été réalisée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ?	Résultats ?
30. Êtes-vous le sujet d'investigations ou d'un traitement dans le cadre de l'infertilité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel ?
3. MODE DE VIE		Oui	Non	Précision
31. Exercez-vous votre activité professionnelle à temps partiel ou avec restrictions, pour raisons médicales ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis quand ?	Pour quels motifs ?
32. Pratiquez vous une activité sportive pour laquelle vous souhaitez être assurée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ?	<input type="checkbox"/> Amateur sans compétition <input type="checkbox"/> Amateur avec compétition <input type="checkbox"/> Professionnel
33a. Consommez-vous régulièrement des boissons alcoolisées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre de verres par jour	Lesquels ?
33b. Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ?
34. Fumez-vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis quand ?	Cigarettes : Nombre par jour Cigarette électronique : Nombre de ml par semaine
35. Avez-vous fumé par le passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date d'arrêt ?	Pendant combien de temps avez-vous fumé ?
			Si vous avez du arrêter de fumer pour raisons médicales, merci de préciser les motifs :

DÉCLARATIONS ET SIGNATURE

Protection des données personnelles

Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de cette opération font l'objet d'un traitement dont le responsable de traitement est UGIP Assurances.

Le traitement des données a pour finalité de satisfaire votre demande et de permettre la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure. À ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle, de surveillance du risque et à des fins d'études statistiques et actuarielles. Ces traitements ont comme base juridique l'exécution du contrat ou de mesures précontractuelles.

Les informations relatives aux données de santé sont traitées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution du contrat (finalités mentionnées ci-dessus). Ce traitement a pour base juridique le consentement.

En répondant aux questions posées par le Médecin examinateur (réponses retranscrites par ce dernier, avec votre accord, dans le présent Rapport Médical), vous acceptez le traitement des données de santé dans ce cadre, et vous acceptez le traitement des données de santé qui pourraient vous être demandées ultérieurement pour les mêmes finalités.

Dans les conditions prévues par la réglementation

Vous disposez du droit de prendre connaissance des informations vous concernant et le cas échéant de demander à les corriger notamment en cas de changement de situation.

Vous disposez également du droit de demander la destruction ou de limiter l'utilisation de vos données notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires.

Enfin, vous pouvez récupérer dans un format structuré les données que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données.

Vous pouvez exercer ces droits sur simple demande après avoir fourni une preuve de votre identité à l'adresse suivante dpo@ugip.org ou à l'adresse postale suivante : UGIP Assurances, Responsable de traitement , 73-75 Rue Brillat Savarin 75013 PARIS.

L'exercice de ces droits est susceptible de rendre impossible l'exécution du contrat, dès lors que ces données participent du consentement des parties à la contractualisation.

Pour plus d'informations sur le traitement de vos données et sur vos droits, nous vous invitons à consulter les conditions générales de votre contrat.

Fait à le

--	--	--	--	--	--

SIGNATURE DU PROPOSANT

(en présence du médecin)
précédée de la mention «relu et approuvé»

B - ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL DU PROPOSANT

4. MESURES				
Taille cm	Poids kg	Périmètre thoracique		Périmètre abdominal
		En expiration cm	En inspiration cm cm
Tension Artérielle/.....				
5. ASPECT GENERAL		Oui	Non	Précision
37. Avez-vous constaté des anomalies congénitales ou acquises ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequelles ?
38. Existe t-il une affection de la peau ? Y a-t-il présence de naevi, de cicatrices ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Siège et origine ? Si présence de naevi, nombre ? Aspect
39. La bouche et la gorge vous paraissent-elles anormales ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. La thyroïde vous apparaît-elle anormale ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Existe-t-il des adénopathies (cervicales, inguinales, etc...) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questions réservées aux personnes de sexe féminin				
42. L'examen des seins a-t-il révélé une anomalie ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date du dernier examen ?
6. ÉTAT DES OS, ARTICULATIONS ET MUSCLES		Oui	Non	Précision
43. Y a-t-il une anomalie au niveau des os, des articulations aux membres inférieurs ou supérieurs ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De quelle nature ?
44. Y a-t-il une anomalie du rachis ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ?
7. SYSTEME RESPIRATOIRE		Oui	Non	Précision
45. Les données de l'auscultation pulmonaire et de l'examen thoracique sont-elles anormales ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Y a-t-il des anomalies du système respiratoire ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles ?
8. SYSTEME CARDIOVASCULAIRE		Oui	Non	Précision
47. Auscultation du coeur : y a-t-il une anomalie stéthacoustique ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En cas de souffle, siège, intensité et irradiation ?
48. Le pouls au repos et la régularité du rythme cardiaque sont-ils anormaux ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> battements/minute* (À répondre dans tous les cas)
49. Existe-t-il une hypertension traitée ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traitement ? Depuis quand ?
50. Avez-vous constaté une hépatomégalie, des oedèmes des membres inférieurs ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Les pouls périphériques sont-ils mal perçus ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Y a-t-il des troubles trophiques aux membres inférieurs ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

***À répondre dans tous les cas.**

Nom et prénom du proposant :

9. SYSTEME DIGESTIF	Oui	Non	Précision
53. L'examen de l'abdomen présente-t-il une anomalie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. À l'examen, le foie est-il palpable, de consistance ou de volume anormal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Avez-vous constaté une splénomégalie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Avez-vous constaté une hernie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Siège ? Éventration ? Complication éventuelles ?

10. ORGANES GENITO URINAIRES	Oui	Non	Précision
------------------------------	-----	-----	-----------

Question réservée aux personnes de sexe masculin

57. Avez-vous constaté une anomalie des testicules ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ?
--	--------------------------	--------------------------	------------------

11. ÉLÉMENTS SUGGERANT UNE AFFECTION NEUROPSYCHIQUE	Oui	Non	Précision
---	-----	-----	-----------

58. Avez-vous constaté des éléments suggérant une pathologie neurodéficitaire ou cognitive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Avez-vous relevé une anomalie des réflexes ostéotendineux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ?
60. Avez-vous relevé une anomalie des réflexes pupillaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ?

12. ORGANES SENSITIFS	Oui	Non	Précision
-----------------------	-----	-----	-----------

61. Y a t-il des troubles de la vue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nature (myopie, presbytie, hyperopie...) ? Nécessitent-ils une correction ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Acuité après correction : OD /10 avec dioptries OG /10 avec dioptries
62. Y a t-il un trouble de l'audition associé éventuellement à d'autres troubles ? (vertiges, otorrhée) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DÉCLARATIONS ET SIGNATURE DU MÉDECIN EXAMINATEUR

Je, soussigné Docteur, déclare que les informations médicales concernant le proposant, ont été transcrites par mes soins avec diligence et précision, suite à un examen objectif.

Aucun résultat n'a été omis ni modifié.

Je certifie avoir vérifié l'identité du proposant.

Ce rapport, après avoir été signé par le proposant et par le Médecin examinateur, sera mis sous pli scellé et adressé au Médecin conseil de l'Assureur.

La rédaction du présent rapport donnera lieu au paiement d'honoraires équivalents à 4CS. Merci de joindre un relevé d'identité bancaire à votre envoi.

Fait à le

Signature et cachet du Médecin examinateur