

Assurance Temporaire Dégressive
Rapport du médecin examinateur

تأمين مؤقت تناقصي
تقرير الطبيب الفاحص

1. Déclarations de la personne à assurer recueillies et rédigées par le médecin examinateur

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 assurer.

L'assuré	المؤمن له
Nom et prénom (suivi s'il y lieu du nom d'époux):	
Date et lieu de naissance:	
Adresse:	
Profession (avec détail): Actuelle:	Antérieure:
Si vous avez séjourné ou résidé à l'étranger ou si vous envisagez de le faire au cours des 12 prochains mois indiquez où? Quand? But?	

Habitudes de vie	O/N	Commentaires
Consommez-vous des boissons alcoolisées? <input type="checkbox"/> Vin <input type="checkbox"/> Bière <input type="checkbox"/> Apéritif <input type="checkbox"/> Alcool? Quantité par jour?		
Fumez-vous? <input type="checkbox"/> Cigarettes <input type="checkbox"/> Cigares <input type="checkbox"/> Pipe <input type="checkbox"/> Narguilé? Combien par jour?		
Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants (drogues)? Lesquels? Jusqu'à quand?		
Sports pratiqués régulièrement? Lesquels?		
Votre poids a-t-il diminué au cours de la dernière année? Combien? Cause?		
Intentionnellement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

Passé pathologique	O/N
Avez-vous ou avez-vous eu une affection ou un symptôme suggérant:	
- Une maladie infectieuse, parasitaire ou sexuellement transmissible (sida ou syndrome apparenté)?	
- Une atteinte du système endocrinien ou du métabolisme?	
- Une maladie du sang?	
- Une atteinte psychiatrique?	
- Une maladie du système nerveux ou des muscles?	
- Une maladie de l'oreille, du nez, de la gorge ou de l'oeil?	
- Une maladie de l'appareil cardiovasculaire?	
- Une maladie de l'appareil respiratoire?	
- Une maladie de l'appareil digestif ou une atteinte de l'abdomen?	
- Une maladie de l'appareil urogénital?	
- Une maladie de la peau?	
- Une maladie des os ou des articulations?	
- Une autre maladie ou infirmité?	
Avez-vous subi une intervention chirurgicale?	
Avez-vous subi un traitement par substances radioactives, une chimiothérapie ou une transfusion sanguine?	
Avez-vous été accidenté? En cas de traumatisme crânien, indiquez s'il y a eu perte de connaissance et sa durée. Avez-vous séjourné dans un hôpital, une maison de santé, un sanatorium, une station thermale?	
S'il a répondu oui à l'une des questions, de quelle maladie ou opération, de quel accident s'agit-il? ✶ Quand? ✶ Durée? ✶ Date de guérison? ✶ Séquelles? ✶ Commentaires:	

Assurance Temporaire Dégressive
Rapport du médecin examinateur

تأمين مؤقت تناقصي
تقرير الطبيب الفاحص

Divers	O/N	Commentaires
Suivez-vous un traitement? Lequel? Pourquoi?		
Recevez-vous des soins médicaux? Lesquels? Pourquoi?		
Avez-vous été, au cours des 5 dernières années, traité pendant plus de 3 semaines? Quand? Pourquoi?		
Avez-vous consulté un médecin au cours des 12 derniers mois? Quand? Pourquoi?		
Devez-vous être hospitalisé prochainement ou subir une intervention chirurgicale? Quand? Pourquoi?		
Vous-a-t-on fait au cours des 5 dernières années: ✕ Un électrocardiogramme? Quand? Resultat? ✕ Un radiographie du thorax? Quand? Resultat? ✕ Une analyse de sang? Quand? Resultat? ✕ Un test de dépistage du sida? Quand? Resultat? ✕ Une analyse des urines? Quand? Resultat?		
Avez-vous été soumis à d'autres investigations (par exemple électroencéphalogramme, scanner, scintigraphie, artériographie)? Résultat?		
Vous trouvez-vous en état d'incapacité de travail? <input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> Partielle Depuis quand? Pourquoi?		
Avez-vous été durant les 5 dernières années incapable de travailler pendant plus de 3 semaines pour raison de santé? Quand? Pourquoi? Durée?		
Avez-vous autre chose à déclarer concernant votre état de santé?		
Quel est votre médecin habituel (adresse)?		

Questionnaire (uniquement pour les hommes)	O/N	Commentaires
Etes-vous bénéficiaire d'une rente d'invalidité? Motif? Taux? Depuis quand? <input type="checkbox"/> Civile <input type="checkbox"/> Militaire (Joindre le titre de pension précisant le motif)		
Pour les hommes de moins de 35 ans: Vous a-t-on déclaré inapte au service militaire? Quand? Pourquoi?		

Questionnaire (uniquement pour les femmes)	O/N	Commentaires
Grossesses antérieures? Combien? Complications éventuelles.		
Etes-vous enceinte? De combien de mois? Complications éventuelles.		
Prenez-vous des contraceptifs?		

Je certifie avoir répondu sincèrement aux questions précitées et n'avoir rien dissimulé. J'autorise les médecins et autres personnes interrogés par la compagnie à donner confidentiellement à son service médical les renseignements demandés en relation avec le contrat d'assurance. J'ai été informé que toute fausse déclaration intentionnelle ou omission entraînerait la nullité de mon contrat conformément à la loi.

L'Assuré

Tunis le/...../.....

P/C Le médecin examinateur

Tunis le/...../.....

Assurance Temporaire Dégressive
Rapport du médecin examinateur

تأمين مؤقت تناقصي
تقرير الطبيب الفاحص

2. Examen médical de la personne à assurer, rédigé par le médecin examinateur

Le médecin est prié de répondre à toutes les questions et de commenter les éventuelles anomalies constatées (au besoin, ajouter un feuillet).

Divers	O/N	Commentaires
Vous êtes assuré de l'identité de la personne à assurer?		
L'avez-vous déjà soignée? Quand? Pourquoi?		

Constitution / Généralités	O/N	Commentaires
Existe-t-il des anomalies congénitales et de la croissance? Lesquelles?		
Y a-t-il des difformités ou des malformations (Thorax, colonne vertébrale, membres, etc...)? Lesquelles?		
Taille (en cm):	Poids (en kg):	
Périmètre du thorax:	Circonférence de l'abdomen:	

Habitudes	O/N	Commentaires
Les occupations ou les habitudes de la personne à assurer peuvent-elles nuire à sa santé? Lesquelles?		
Y a-t-il des signes suggérant une consommation d'alcool excessive, des indices d'abus d'alcool, de médicaments ou d'usage de stupéfiants? Lesquels?		

Système endocrinien et métabolisme / psychiatrie / système nerveux et muscles	O/N	Commentaires
Votre examen met-il en évidence une anomalie? Laquelle?		
Y a-t-il des troubles du comportement ou des signes pouvant évoquer une affection psychiatrique? Lesquels?		
Constatez-vous une symptomatologie évocatrice d'une atteinte du système nerveux ou d'une myopathie? Quand? Résultat:		

Organes sensitifs	O/N	Commentaires
Y a-t-il une affection de l'appareil auditif?		
Y a-t-il une baisse de l'acuité auditive? Laquelle? D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>		
Degré: D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>		
Y a-t-il une affection des yeux? Nécessite-t-elle une correction? Laquelle?		
Avant correction:	OD=	OG=
Après correction:	OD=	avec dioptries
	OG=	avec dioptries

Appareil cardiovasculaire	O/N	Commentaires
L'aire cardiaque est-elle agrandie? Importance?		
Troubles du rythme? Lesquels?		
Les bruits du cœur sont-ils anormaux (dédoublement, roulement, etc...)? Intensité?		
Entendez-vous un souffle cardiaque? Systolique <input type="checkbox"/> Diastolique <input type="checkbox"/> Où? Intensité?		
Comment se propage-t-il? Lesquels? Irradiation?		
Le souffle est-il organique? Diagnostic:		
Existe-t-il une anomalie du poul radial, carotidien, fémoral, tibial postérieur ou pédieux?		
Siège? Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Cause? Importance?		
Troubles du système veineux, oedème, troubles trophiques? Lesquels? Importance?		

Assurance Temporaire Dégressive
Rapport du médecin examinateur

تأمين مؤقت تناقصي
تقرير الطبيب الفاحص

Tension artérielle			
Tension artérielle: Systolique:	Diastolique:	Non traitée <input type="checkbox"/> Traitée <input type="checkbox"/>	
Fréquence du pouls: /mn			
-Si la fréquence est 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 supérieur à 90, veuillez effectuer un contrôle en fin d'examen, après repos.			
Contrôle éventuel: Systolique:	Diastolique	Pulsations	/mn

Appareil respiratoire	O/N	Commentaires
Votre examen met-il en évidence une anomalie? Laquelle?		
Examen radiologique? Résultat?		

Appareil digestif	O/N	Commentaires
La langue, le pharynx et les amygdales ont-ils un aspect pathologique? Lequel?		
La palpation de l'abdomen décèle-t-elle un état pathologique? Lequel?		
Le foie est-il agrandi? De combien de cm? Consistance?		
La rate est-elle agrandie? Palpable sur? Cause?		
Y a-t-il une hernie, une éventration? Siège? Bilatérale		

Appareil urogénital	O/N	Commentaires
Examen de l'urine: (l'urine doit être émise chez le médecin)		
✕ Albumine: Dosage éventuel?		
✕ Glucose: Dosage éventuel?		
✕ Sang		
✕ Pus		
Y a-t-il des indices d'une affection des organes génitaux ou des seins? Laquelle?		

Ganglions lymphatiques	O/N	Commentaires
Y a-t-il une augmentation de volume des ganglions lymphatiques? Siège? Origine?		

Os, articulations et tissu conjonctif / Peau	O/N	Commentaires
Votre examen met-il en évidence un état pathologique? Lequel?		
Y a-t-il une affection cutanée ou des phanères? Laquelle?		

Conclusion	O/N	Commentaires
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:		

Important: La compagnie invite le médecin à s'abstenir, à l'égard de la personne à assurer ou de l'agent d'assurance, de toute remarque qui pourrait faire préjuger de la décision de la compagnie.

P/C Le médecin examinateur

Cachet et signature

Tunis le/...../.....