

MEDICAL EXAMINATION REPORT

BELGIQUE

Utmost Wealth Solutions est la marque utilisée par un certain nombre de sociétés Utmost. Ce document a été produit par Utmost Luxembourg S.A.

Tout terme utilisé au singulier a la même signification au pluriel et vice versa. Toute notion utilisée au féminin a la même signification au masculin et vice versa.

RAPPORT D'EXAMEN MÉDICAL

Formulaire à remplir par la personne à assurer

1. Nom complet	<input type="text"/>		
Profession	<input type="text"/>		
Date de naissance	<input type="text" value="j"/> <input type="text" value="j"/> <input type="text" value="m"/> <input type="text" value="m"/> <input type="text" value="a"/> <input type="text" value="a"/> <input type="text" value="a"/> <input type="text" value="a"/>	État civil (Célibataire/marié(e)/divorcé(e)/ séparé(e)/veuf/veuve)	<input type="text"/>

Si vous répondez « OUI » à l'une de ces questions, donnez toutes précisions utiles ci-dessous, y compris dates et durées.

2. a) Faites-vous actuellement l'objet de soins médicaux ou suivez-vous un traitement médical ? Oui Non
- b) Prenez-vous actuellement des médicaments (sur ordonnance ou non), par injection ou non, ou suivez-vous un régime particulier ? Oui Non

3. Vous est-il arrivé de souffrir de
- a) Vertiges, malaises, pertes de connaissance, ou d'un trouble mental ou nerveux ? Oui Non
- b) Asthme, bronchite, pneumonie ou autre trouble pulmonaire ? Oui Non
- c) Rhumatisme, fièvre rhumatismale, arthrite ou autre trouble musculo-articulaire ? Oui Non
- d) Douleurs thoraciques, essoufflement, palpitations, hypertension ou autre trouble cardiaque ou circulatoire ? Oui Non

- e) Indigestion, ulcère gastrique, diarrhée ou autre trouble intestinal, hépatite ou autre trouble hépatique, diabète ? Oui Non
- f) Maladie rénale, de la vessie ou autres affections urogénitales ? Oui Non
- g) Blessure, défaut physique ou malformation ? Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? Oui Non
- h) Tout autre type de maladie ? Oui Non

4. a) Avez-vous reçu des soins en hôpital, maison de soins ou clinique spécialisée ? Oui Non
- b) Avez-vous fait l'objet d'une radiographie, d'un ECG, d'analyses, y compris sanguines, ou d'autres examens ? Oui Non

Si oui, préciser motifs, dates et résultats.

5. Un test de dépistage du VIH/SIDA ou de l'hépatite B ou C vous concernant a-t-il donné un résultat positif ? Avez-vous fait l'objet d'un dépistage ou d'un traitement pour d'autres MST, ou attendez-vous les résultats d'un tel test ? Oui Non

Si oui, préciser.

6. Avez-vous vécu/voyagé hors de votre pays de résidence pendant plus de 2 mois sur les 5 années écoulées ? Oui Non

7. Vous est-il arrivé de prendre des médicaments non prescrits par un médecin ? Oui Non

8. a) Quelle est votre consommation moyenne d'alcool? Quotidienne Hebdomadaire
- b) Si vous êtes non-buveur, depuis quand est-ce le cas ?
- c) Au quotidien, combien fumez-vous de
Cigarettes ? Cigares ? Pipes ?
- d) Si vous êtes ex-fumeur, quand avez-vous arrêté, et l'avez-vous fait sur avis médical ?

DÉCLARATIONS

La personne à assurer déclare que les informations fournies dans ce document sont exactes, complètes et sincères. Il/elle reconnaît que chaque omission ou inexactitude volontaire peut entraîner des sanctions juridiques et la nullité du contrat.

La personne à assurer s'engage à immédiatement informer l'Assureur de tout changement dans les informations et déclarations dans le présent formulaire avant la conclusion de l'assurance ou avant l'acceptation d'une prime complémentaire.

La personne à assurer donne son consentement à tous les médecins traitants ou qui l'ont traitée pour pouvoir fournir au médecin-conseil de l'Assureur toute information que ce dernier estime nécessaire pour le dossier médical, autant pour la signature et la gestion du contrat que pour le contrôle du paiement des prestations. Il/elle accepte également que son médecin transmettra en cas de décès un certificat de la cause de la mort au médecin-conseil de l'Assureur.

La personne à assurer donne son consentement spécifique pour le traitement des données médicales relatives à lui/elle - aux fins suivantes : pour l'évaluation du risque à assurer dans le cadre de l'acceptation de la Proposition d'Assurance par l'Assureur, pour la gestion et, le cas échéant, le dénouement du Contrat - et pour expressément permettre à l'Assureur d'utiliser l'information ci-dessus et les données médicales dans sa base de données et de traiter ces informations et données par son médecin-conseil d'une part et de l'autre part par l'Assureur. L'Assureur garantit la plus stricte confidentialité dans le traitement des données fournies.

Le traitement de ces informations et données à caractère personnel sera fait conformément au, et pour les besoins du, Contrat.

Le questionnaire médical fait partie intégrante de la Proposition d'Assurance.

La personne à assurer reconnaît avoir reçu une copie conforme du questionnaire médical.

Assuré

SIGNATURE

Date

j	j	m	m	a	a	a	a
---	---	---	---	---	---	---	---

Lieu

RAPPORT CONFIDENTIEL

À remplir par le médecin ayant examiné la personne à assurer.
Pour toute réponse « OUI », fournir toutes précisions utiles, en indiquant toute cause vérifiable (le cas échéant).

1. Avez-vous déjà rencontré la personne à assurer dans un cadre professionnel ? Oui Non

Si oui, nous vous serions reconnaissants de vous assurer, à l'aide de vos dossiers, que l'ensemble des antécédents de la personne à assurer sont bien déclarés dans les pages qui précèdent.

- Avez-vous un lien de parenté quelconque avec la personne à assurer ? Oui Non

2. **Description générale**

- a) Décrire l'apparence et la morphologie générale du sujet.

- b) Son apparence est-elle en contradiction avec son âge déclaré ? Oui Non

- c) Y a-t-il des signes de consommation excessive d'alcool ou de tabac (passée ou présente), ou d'un mode de vie irrégulier ? Oui Non

- d) Y a-t-il hypertrophie des ganglions lymphatiques ou de la thyroïde ? Oui Non

- e) Y a-t-il présence de cicatrices importantes ? Oui Non

3. **Mensurations (à prendre en vêtements d'intérieur)**

Taille	<input type="text"/>	m	<input type="text"/>
Poids	<input type="text"/>	Corpulence	<input type="text"/>
Tour de poitrine à l'inspiration	<input type="text"/>	à l'expiration	<input type="text"/>
		Tour de taille	<input type="text"/>

- Le poids a-t-il varié dans l'année écoulée ? Oui Non

Si « OUI », préciser la perte ou le gain.

4. **Système cardiovasculaire et tension artérielle**

- a) Y a-t-il augmentation du volume du cœur ? Si « OUI », est-elle légère, moyenne ou importante ? Oui Non
- b) Y a-t-il anomalie au niveau des bruits du cœur ou du rythme cardiaque ? Oui Non
En cas de présence d'un souffle cardiaque, préciser temps, point d'intensité maximale, sens de conduction, caractère et volume sonore, s'il est fonction de l'effort, de la posture ou de la respiration, et s'il est d'origine fonctionnelle ou organique.
- c) Y a-t-il anomalie au niveau du pouls des membres inférieurs ? Oui Non
En cas de suspicion de dégénérescence artérielle, décrire fonds d'yeux.
- d) Y a-t-il des varices ? Oui Non
- e) Tension artérielle : Prendre les deux valeurs, et répéter 2 fois l'opération si la première mesure est supérieure à 140/95 (4e phase) ou 140/90 (5e phase), ou si le pouls est anormal.

SYSTOLIQUE	DIASTOLIQUE		POULS
	4 ^E PHASE	5 ^E PHASE	

5. **Système respiratoire**

- a) Y a-t-il anomalie au niveau de la morphologie ou du développement du thorax ? Oui Non
- b) Y a-t-il des signes d'anomalie physique au niveau des poumons ? Oui Non
- c) En cas d'antécédents de pathologie thoracique ou de toute anomalie décelée lors de l'examen indiquer débit de pointe. Oui Non

6. **Système urogénital**

- a) L'analyse d'urine signale-t-elle la présence
- i) d'albumine Oui Non
- ii) de sucres Oui Non
- iii) d'autres anomalies ? Oui Non

b) Y a-t-il des signes de maladie urogénitale ? Oui Non

c) Y a-t-il des signes d'anomalie prostatique ? Oui Non

7. Abdomen

a) Y a-t-il sensibilité à l'abdomen, augmentation du volume du foie ou de la rate, ou toute autre anomalie détectable à la palpation ? Oui Non

b) Y a-t-il une hernie ? Oui Non

8. Système nerveux

a) Y a-t-il des signes de pathologie du système nerveux central ? Oui Non

b) Y a-t-il des signes de propension aux troubles psychiatriques ? Oui Non

9. Organes des sens

Y a-t-il anomalie au niveau des yeux, des oreilles ou de la langue ? Oui Non

10. Système musculo-squelettique

Y a-t-il anomalie au niveau des muscles ou des os, ou dysfonctionnement de la colonne vertébrale ou des articulations ? Oui Non

11. Y a-t-il d'autres points méritant qu'on s'y appesantisse davantage ? Oui Non

Je déclare que j'ai examiné la personne à assurer ce jour et que j'ai répondu aux questions ci-dessus de manière honnête et précise.

Médecin traitant

SIGNATURE ET
CACHET

Date

j	j	m	m	a	a	a	a
---	---	---	---	---	---	---	---

Lieu

Inscrire vos noms et initiales en lettres majuscules.
Inscrire en caractères d'imprimerie le nom du bénéficiaire du chèque de règlement.

A WEALTH *of* DIFFERENCE

www.utmostinternational.com

Utmost Luxembourg S.A. est immatriculée au R.C.S. sous le numéro B37604 et réglementée par le Commissariat aux Assurances (CAA)
Siège social : 4, rue Lou Hemmer, L-1748 Luxembourg, Grand-Duché de Luxembourg
Utmost Wealth Solutions est enregistrée au Luxembourg en tant que nom commercial d'Utmost Luxembourg S.A.