

- Invalidité définitive / Incapacité permanente (*préciser le taux*) :

. Totale ?

. Partielle ?

Facteurs de risques actuels et affections ou complications associées :

- Hypertension artérielle Oui Non
- Hyperlipidémie Oui Non
- Diabète insulino-dépendant / non insulino-dépendant Oui Non
- Obésité Oui Non
- Tabagisme (*si oui, précisez la consommation journalière*) Oui Non
- Cardiopathie ischémique Oui Non
- Fibrillation auriculaire..... Oui Non
- Maladie vasculaire périphérique Oui Non
- Néphropathie Oui Non
- Valvulopathie / cardiomyopathie Oui Non
- Epilepsie Oui Non
- Migraines Oui Non
- Autres Oui Non

- Si oui, précisez :

Traitement en cours (nature et posologie) :

.....

Autres affections non reprises ci-dessus (*Date, nature et séquelles éventuelles*) :

.....

Autres observations concernant l'état de santé de votre patient(e) :

.....

Veillez joindre tout document en votre possession, en particulier, compte rendu d'hospitalisation ou d'opération, ECG, analyses de sang, etc.

Certificat rédigé à la demande de la personne à assurer et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Fait à _____ , le _____

**Cachet et signature
du Médecin Traitant**