GENERALI
Solutions d'assurances

Generali Vie, Société Anonyme au capital de 299 197 104 euros
Entreprise régie par le Code des assurances - 602 062 481 RCS Paris
Siège social : 11 boulevard Haussmann - 75009 Paris
Société appartenant au Groupe Generali immatriculé
sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026

0103508637167 32

Questionnaire de santé

Code conseil : _____

À remplir même si le rapport médical est requis

Assurable

Qualité : M. ☐ Mme ☐ Mlle ☐

Nom et prénom _____

Date de naissance __ __ / __ __ / __ __ __ __

Déclarations de santé

Nous vous remercions de répondre à chacune des questions posées ci-dessous, en remplissant la case correspondante ; en cas de réponse positive à l'une des questions, merci de donner les précisions demandées et de ne rien omettre qui pourrait altérer l'appréciation du risque par l'Assureur. D'une manière générale, pour les femmes, dans le cadre d'une grossesse pathologique, tout arrêt de travail ou hospitalisation doit être également déclaré.

Veuillez répondre par OUI ou NON et compléter en cas de réponse positive.		
1. Êtes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ? Êtes-vous titulaire de l'allocation pour adulte handicapé ? Bénéficiez-vous d'une exonération du ticket modérateur (100 %) ?	☐	Pour quel motif ? _____ Depuis quand ? _____
2. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une affection citée ci-dessous ? *(si oui, précisez)*		Nature de l'affection, **date de début**, traitement et séquelles ou rechutes éventuelles ?
• Affections de l'appareil respiratoire *(notamment asthme, emphysème, tuberculose, apnée du sommeil)*	☐	_____
• Affections cardiovasculaires *(notamment hypertension, cardiopathie ischémique, infarctus, stent, artérite)*	☐	_____
• Affections de l'appareil digestif *(notamment maladies oesophagiennes, ulcère gastrique ou duodénal, hémorragie digestive, colite ulcéreuse, polypes, maladie de Crohn, maladie du foie, des voies biliaires, du pancréas)*	☐	_____
• Affections tumorales ou cancéreuses	☐	_____
• Affections neurologiques ou psychiatriques *(y compris dépression nerveuse)*	☐	_____
• Affections des os, des muscles et des articulations *(notamment arthrose, sciatique, lombalgies, polyarthrite, fibromyalgie)*	☐	_____
• Affections hématologiques, immunitaires, infectieuses ou parasitaires	☐	_____
• Affection du système génito-urinaire *(notamment coliques néphrétiques, néphropathie, prostate, polypes)*	☐	_____
• Affections endocriniennes ou du métabolisme *(notamment diabète, cholestérol, hypo ou hyperthyroïdie, goutte)*	☐	_____
• Maladies des yeux *(notamment myopie forte ou évolutive, (supérieure à 9 dioptries), DMLA, cécité même unilatérale)* et de l'audition *(notamment otites, surdité, vertiges)*	☐	_____

GV1018QTA - Octobre 2012 - Gestion des Imprimés

Paraphe

Ce document fait partie intégrante d'un ensemble de 3 pages dont la 3ème comporte la signature de l'Assurable.

N° du questionnaire de santé

Nom et prénom _____ Date de naissance

Déclarations de santé (suite)

3a. Êtes-vous actuellement en arrêt de travail même partiel ?	☐	3a. Depuis quelle date ? _____ Pour quel motif ? _____
3b. Avez-vous au cours des cinq dernières années, interrompu votre travail pendant plus de trois semaines consécutives ou plus de quatre-vingt-dix jours cumulés sur une année ?	☐	3b. À quelle date ? _____ Pour quel motif ? _____ Durée ? _____
3c. Êtes-vous actuellement sous traitement ou surveillance médicale (y compris dans le cadre d'une grossesse pathologique) ?	☐	3c. Depuis quelle date ? _____ Pour quel motif ? _____
4. Au cours des dix dernières années, avez-vous été hospitalisé pour maladie ou accident ou pour subir une intervention chirurgicale ou un examen spécifique *(en dehors des végétations, appendicite aiguë ou IVG).* Si oui, précisez.	☐	À quelle date ? _____ Pour quel motif ? _____ Nature et résultats, en cas d'examens spécifiques _____ Durée ? _____
5. Avez-vous fait l'objet d'examens paracliniques au cours des dix dernières années *(tests en laboratoires, examens spécifiques ou autres investigations)* ayant révélé des anomalies ? Si oui, précisez.	☐	Lesquels ? _____ À quelle date ? _____
6. Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies, portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine, dont le résultat a été positif ?	☐	À quelle date ? _____ Lequel ? _____
7. Avez-vous été traité par radiothérapie ou chimiothérapie ?	☐	À quelle date ? _____ Pour quel motif ? _____
8. A votre connaissance devez-vous être hospitalisé ou vous soumettre à des examens complémentaires ? Si oui, précisez la nature, le motif et la date.	☐	À quelle date ? _____ Pour quel motif ? _____
9. Votre poids a-t-il varié de plus de 14 kg au cours des deux dernières années ? *(le cas échéant, précisez la cause possible)*	☐	_____
10. En fonction de votre taille, votre poids est-il en dehors des limites indiquées dans le tableau ci-dessous ?	☐	Si oui, taille _____ cm Poids _____ kg Pression artérielle si connue _____ / _____
11. Avez-vous rempli une proposition d'assurance pour des risques de décès ou d'invalidité ayant donné lieu à un refus, ajournement, restriction, ou majoration ?	☐	En cas de réponse positive, quelle décision a été prise ? _____ Pour quel motif ? _____ Nom de l'Assureur ? _____ Montant assuré ? _____ Date d'effet : _____ Terme : _____ Si majoration, à quel taux ? _____ % Si réduction de durée, de combien d'années ? _____

Taille en centimètres	140 à 150	151 à 155	156 à 160	161 à 165	166 à 170	171 à 175	176 à 180	181 à 185	186 à 189	190 à 195	+ de 196
Poids en kg	35 à 60	40 à 65	42 à 70	45 à 75	50 à 80	55 à 85	60 à 90	63 à 95	65 à 100	70 à 110	75 à 120

GV1018QTA - Octobre 2012 - Gestion des Imprimés

Paraphe

Ce document fait partie intégrante d'un ensemble de 3 pages dont la 3ème comporte la signature de l'Assurable.

N° du questionnaire de santé

Nom et prénom _____ Date de naissance

Pour une garantie en cas de décès supérieure à 300.000€

Revenus annuels : ☐ ≤ 25 000 € ☐ 25 001 € à 50 000 € ☐ 50 001 € à 100 000 € ☐ 100 001 € et plus

Avez-vous voyagé ou résidé à l'étranger (en dehors de l'UE) au cours des 3 dernières années ? ☐ oui ☐ non

Pays _____ Durée _____

Dans les mois à venir, allez-vous effectuer un voyage ou résider à l'étranger (en dehors de l'UE) ? ☐ oui ☐ non

Pays _____ Durée _____

Déclaration

Je certifie que les réponses figurant sur le présent document sont sincères et complètes et j'affirme n'avoir rien dissimulé qui pourrait induire en erreur l'Assureur sur le risque à assurer. J'ai pleinement conscience que, dans le cas contraire, j'aurais commis des réticences et fausses déclarations pouvant entraîner la nullité de l'assurance (article L 113-8 du Code des assurances).

Je déclare faire miennes toutes ces réponses qu'elles aient été renseignées par moi-même ou pré-remplies sur la base de mes propres déclarations.

J'autorise expressément l'assureur à traiter et conserver par informatique les données me concernant. Ces données sont indispensables à la gestion de mon contrat d'assurance. À défaut, ma demande d'assurance ne pourrait être prise en considération.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, je dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression des données me concernant et d'opposition auprès du siège social du responsable du traitement à :

Generali Vie
11 boulevard Haussmann
75009 Paris

J'autorise l'Assureur à transmettre les données médicales me concernant au service médical de tout tiers dont l'intervention est nécessaire pour l'application de l'assurance et notamment les réassureurs.

Je déclare être pleinement informé, que, j'ai la possibilité de transmettre le questionnaire médical sous pli fermé dans l'enveloppe qui m'a été remise, au service d'acceptation médicale de l'Assureur. Dans le cas où je n'ai pas usé de cette faculté, je certifie l'avoir fait délibérément et sans contrainte.

Si ces réponses ont été adressées ou renseignées par un procédé informatique, je déclare les avoir saisies moi-même ou autorisé expressément et sans contrainte, la personne ayant effectué cette saisie.

Ce questionnaire de santé est valable 6 mois à compter de la date de signature du présent document.

Fait à _____ , le

Signature de l'Assurable

GV1018QTA - Octobre 2012 - Gestion des Imprimés

Ce document fait partie intégrante d'un ensemble de 3 pages dont la 3ème comporte la signature de l'Assurable.