



GENERALI

Solutions d'assurances

010350861787651

Generali Vie, Société Anonyme au capital de 285 863 760 euros
Entreprise régie par le Code des assurances 602 062 481 RCS Paris
Siège Social : 11, boulevard Haussmann - 75009 Paris

Questionnaire de santé

A remplir même si le rapport médical est requis

Assurable

Qualité : M. Mme Mlle

Nom et prénom _____

Date de naissance Code apporteur _____

Déclarations de santé

Nous vous remercions de répondre à chacune des questions posées ci-dessous, en cochant 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, tout arrêt de travail pour congés normaux de maternité, suivi médical normal de grossesse, hospitalisation pour maternité doivent être également déclarés.

(Répondez par Oui ou par Non, pour toute réponse positive, précisez plus bas la nature de l'affection, la date de début, le traitement et les séquelles ou rechutes éventuelles)

1. Souffrez-vous d'une anomalie ou malformation physique, de maladie professionnelle ou d'invalidité ? Oui Non
2. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une affection citée ci-dessous ? (si Oui, précisez plus bas)
- Affections de l'appareil respiratoire (ex : asthme, emphysème, ...) Oui Non
 - Affections cardiovasculaires (ex : hypertension) Oui Non
 - Affections de l'appareil digestif (ex : maladies œsophagiennes, ulcères gastriques ou duodénaux, hémorragies gastro-intestinales, colites ulcéreuses, polypes, maladies inflammatoires chroniques intestinales, maladies du foie, des voies biliaires, du pancréas, ...) Oui Non
 - Affections cancéreuses Oui Non
 - Affections neurologiques ou psychiatriques (ex : dépression nerveuse, ...) Oui Non
 - Affections des os, des muscles et des articulations Oui Non
 - Affections hématologiques, immunitaires, infectieuses ou parasitaires Oui Non
 - Affections du système génito urinaire (ex : coliques néphrétiques, ...) Oui Non
 - Affections endocriniennes ou du métabolisme (ex : thyroïde, diabète, cholestérol, goutte, ...) Oui Non
 - Maladies des yeux (ex : myopie forte, cécité même unilatérale, ...) et de l'acuité auditive (ex : otites, vertiges, ...) Oui Non
3. Êtes-vous actuellement sous contrôle ou traitement médical (y compris dans le cadre d'une grossesse) ? (si Oui, précisez) Oui Non
4. Avez-vous été en arrêt de travail de plus de trois semaines consécutives ou plus de 90 jours sur une année au cours des cinq dernières années pour maladie ou accident ? (si Oui, précisez) Oui Non
5. Avez-vous été hospitalisé pour maladie ou accident ou pour y subir une intervention chirurgicale ou examen spécifique (en dehors des cas suivants : ablation de l'appendice ou des amygdales ou des végétations, vésicule biliaire, maternité, IVG) ? (si Oui, précisez) Oui Non
6. Avez-vous fait l'objet d'examens cliniques (tests en laboratoire, examens spécifiques ou autres investigations) ayant révélé des anomalies ? (si Oui, précisez) Oui Non
7. Avez-vous fait l'objet d'une recherche HIV ou hépatite A, B, C ou D qui aurait révélé un résultat positif ? Oui Non
8. Avez-vous subi un traitement par radiothérapie ou chimiothérapie ? Oui Non
9. Vous a-t-on informé que vous deviez être hospitalisé (le cas échéant, à quelle date et pour quel motif) ? Oui Non

Ce questionnaire comporte une suite. Merci de bien vouloir signer les deux parties.

Signature

Fait à _____, le

Signature

Assurable

Qualité : M. Mme Mlle

Nom et prénom _____

Date de naissance Code apporteur _____

Déclarations de santé (suite)

10. Votre poids a-t-il varié de plus de 14 kg au cours des deux dernières années ? (le cas échéant, précisez la cause possible) Oui Non

11. En fonction de votre taille, votre poids dépasse-t-il la limite indiquée dans le tableau ci-dessous ? Oui Non

(en cas de réponse positive, veuillez indiquer votre poids et votre taille : Poids _____ kgs Taille _____ cm)

Taille en centimètres	140-150	151-155	156-160	161-165	166-170	171-175	176-180	181-185	186-189	Plus de 190
Poids maximum en kilogrammes	60	65	70	75	80	85	90	95	100	105

Pour un emprunt > 300 000 euros, merci de bien vouloir remplir cette partie

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 : _____

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 ? Oui Non

Êtes-vous assuré en cas de décès ou d'invalidité par un contrat en cours de même nature ? Oui Non

Nom de l'assureur : _____

Montant assuré : _____

Date d'effet : _____ Terme : _____

Accepté au tarif normal : Oui Non

Si avec majoration, taux : _____ %

Limitations des montants assurés :

Réduction de la durée : Oui Non

Exclusions : Oui Non

Prime annuelle : _____

Signature

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 et risquer de fausser sa décision au sujet de l'assurance proposée. 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 par l'assureur ainsi qu'à ses intermédiaires, réassureurs et tout organisme y participant. À défaut, ma demande de souscription ne pourrait être prise en considération.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 telle que modifiée par la Loi du 6 août 2004, 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 réassureurs, gestionnaires, ...

Je déclare être pleinement informé, que, quelles que soient les réponses données dans le questionnaire médical, et notamment s'il est fait mention de données médicales, j'ai la possibilité de le transmettre 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.

Fait à _____, le

Signature