

# Questionnaire de Santé

A ne remplir que si le rapport médical n'est pas requis



✓ **ASSURABLE**      Qualité :  M.    Mme    Melle

NOM ..... PRENOMS .....  
 DATE DE NAISSANCE ..... CODE APPOORTEUR .....

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 la Compagnie. D'une manière générale, pour les femmes, il est inutile de signaler les arrêts de travail pour congés normaux de maternité, le suivi médical normal de grossesse, l'hospitalisation pour maternité, la prise de contraceptif.

\* 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 ?  non  oui

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, emphyseme, ...)  non  oui

**Affections cardiovasculaires** (ex : hypertension)  non  oui

**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, ...)  non  oui

**Affections cancéreuses**  non  oui

**Affections neurologiques ou psychiatriques** (ex : dépression nerveuse, ...)  non  oui

**Affections des os, des muscles et des articulations**  non  oui

**Affections hématologiques, immunitaires, infectieuses ou parasitaires**  non  oui

**Affections du système génito urinaire** (ex : coliques néphrétiques, ...)  non  oui

**Affections endocriniennes ou du métabolisme** (ex : thyroïde, diabète, cholestérol, goutte, ...)  non  oui

**Maladies des yeux** (ex : myopie forte, cécité même unilatérale, ...) **et de l'acuité auditive** (ex : otites, vertiges ...)  non  oui

.....

.....

.....

3. Etes-vous actuellement sous contrôle ou traitement médical ? (si oui, précisez)  non  oui

.....

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)  non  oui

.....

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)  non  oui

.....

6. Avez-vous fait l'objet d'examen cliniques (tests en laboratoire, examens spécifiques ou autres investigations) ayant révélé des anomalies ? (si oui, précisez)  non  oui

.....

7. Avez-vous fait l'objet d'une recherche HIV ou hépatite A, B, C ou D qui aurait révélé un résultat positif ?  non  oui

8. Avez-vous subi un traitement par radiothérapie ou chimiothérapie ?  non  oui

9. Vous a-t-on informé que vous deviez être hospitalisé (le cas échéant, à quelle date et pour quel motif) ?  non  oui

.....

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)  non  oui

.....

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

**IMPORTANT : Si votre emprunt OU le capital assuré est supérieur à 310 000 euros, merci de bien vouloir Remplir et Signer la partie au dos de cette feuille.**

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 la Compagnie 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 (art. L. 113-8 du Code des Assurances).

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

J'autorise expressément la compagnie d'assurance à traiter et conserver par informatique les données me concernant. Ces données sont indispensables à la gestion de mon contrat d'assurance par GENERALI Vie ainsi qu'à ses mandataires, réassureurs et tout organisme y participant. A défaut, ma demande de souscription ne pourrait être prise en considération.

Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 06/01/1978 telle que modifiée par la Loi du 06/08/2004, 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 : GENERALI Vie situé au 11, boulevard Haussmann - 75009 Paris.

J'autorise la compagnie d'assurance 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 la compagnie. 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

✓ **ASSURABLE**

Qualité :  M.  Mme  Melle

NOM ..... PRENOMS .....

DATE DE NAISSANCE ..... CODE APORTEUR .....

**Pour un Emprunt supérieur à 310 000 euros, merci de bien vouloir remplir et signer la partie ci-dessous :**

**Pour une garantie en cas de décès supérieure à 310 000 €**

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'U.E) ?  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 : .....

Fait à....., le.....  
Signature