

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|-----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|-------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|----------|----------|
| <p>3a. Êtes-vous actuellement en arrêt de travail même partiel ?</p> <p>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 ?</p> <p>3c. Êtes-vous actuellement sous traitement ou surveillance médicale (y compris dans le cadre d'une grossesse pathologique) ?</p> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <p>3a. Depuis quelle date ? Pour quel motif ?</p> <p>3b. À quelle date ? Pour quel motif ? Durée ?</p> <p>3c. Depuis quelle date ? Pour quel motif ?</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>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.</p> | <input type="checkbox"/> | <p>À quelle date ? Pour quel motif ? Nature et résultats, en cas d'examens spécifiques</p> <p>Durée ?</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>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.</p> | <input type="checkbox"/> | <p>Lesquels ? À quelle date ?</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>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 ?</p> | <input type="checkbox"/> | <p>À quelle date ? Lequel ?</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>7. Avez-vous été traité par radiothérapie ou chimiothérapie ?</p> | <input type="checkbox"/> | <p>À quelle date ? Pour quel motif ?</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>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.</p> | <input type="checkbox"/> | <p>À quelle date ? Pour quel motif ?</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>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)</p> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>10. En fonction de votre taille, votre poids est-il en dehors des limites indiquées dans le tableau ci-dessous ?</p> | <input type="checkbox"/> | <p>Si oui, taille _____ Poids _____ kg Pression artérielle si connue _____ / _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td>Taille en centimètres</td> <td>140 à 150</td> <td>151 à 155</td> <td>156 à 160</td> <td>161 à 165</td> <td>166 à 170</td> <td>171 à 175</td> <td>176 à 180</td> <td>181 à 185</td> <td>186 à 189</td> <td>190 à 195</td> <td>+ de 196</td> </tr> <tr> <td>Poids en kg</td> <td>35 à 60</td> <td>40 à 65</td> <td>42 à 70</td> <td>45 à 75</td> <td>50 à 80</td> <td>55 à 85</td> <td>60 à 90</td> <td>63 à 95</td> <td>65 à 100</td> <td>70 à 110</td> <td>75 à 120</td> </tr> </table> | | | 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 |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>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 ?</p> | <input type="checkbox"/> | <p>En cas de réponse positive, quelle décision a été prise ? _____</p> <p>Pour quel motif ? _____</p> <p>Nom de l'Assureur ? _____</p> <p>Montant assuré ? _____</p> <p>Date d'effet : _____ Terme : _____</p> <p>Si majoration, à quel taux ? _____ %</p> <p>Si réduction de durée, de combien d'années ? _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 plusAvez-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