

Questionnaire de santé - 1^{ère} page

A remplir obligatoirement par la personne à assurer

Nous attirons votre attention sur la nécessité de compléter avec le plus grand soin ce questionnaire. Comme le prévoit la convention AERAS, nous vous conseillons de prendre seul connaissance, soit sur place, soit à votre domicile, des dispositions et questions figurant dans le questionnaire de santé. Conformément à l'article L.1141-5 du code de la santé publique, il est précisé que vous ne devez pas déclarer dans le présent questionnaire les hépatites C et les pathologies cancéreuses dont la fin du protocole thérapeutique remonte à plus de 5 ans et pour lesquelles aucune rechute n'a été constatée. Pour plus d'informations sur la grille de référence et le Droit à l'oubli, nous vous invitons à consulter le site officiel de la convention AERAS : www.aeras-infos.fr

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

PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de cette opération font l'objet d'un traitement dont le responsable de traitement est l'assureur à l'exception des opérations dont le responsable de traitement et le périmètre sont définis à la notice d'information.

Le traitement des données a pour finalité de satisfaire votre demande et de permettre la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure. A ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle, de surveillance du risque et à des fins d'études statistiques et actuarielles. Ces traitements ont comme base juridique l'exécution du contrat ou de mesures précontractuelles.

Les informations relatives aux données de santé sont traitées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution du contrat (finalités mentionnées ci-dessus). Ce traitement a pour base juridique le consentement.

En remplissant le questionnaire médical, vous acceptez le traitement des données de santé dans ce cadre et vous acceptez le traitement des données de santé qui pourraient vous être demandées ultérieurement pour ces mêmes finalités.

Dans les conditions prévues par la réglementation :

Vous avez le droit :

- de retirer le consentement donné pour un traitement de données fondé sur cette base. Ce retrait vaut pour l'avenir et ne remet pas en cause la licéité des traitements déjà effectués,
- de prendre connaissance des informations vous concernant et le cas échéant de demander à les corriger notamment en cas de changement de situation
- de demander d'effacer ou de limiter l'utilisation de vos données notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires,
- de récupérer dans un format structuré les données que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données.

Vous pouvez exercer ces droits sur simple demande après avoir fourni une preuve de votre identité :

- **auprès du délégataire de gestion** tel que mentionné à la notice d'information ou,
- **auprès de l'assureur** : à l'adresse mail droitdaces@generali.fr ou à l'adresse postale Generali – Conformité - TSA 70100 75309 Paris Cedex 09.

L'exercice de ces droits est susceptible de rendre impossible l'exécution du contrat, dès lors que ces données participent du consentement des parties à la contractualisation.

Pour plus d'informations sur le traitement de vos données et sur vos droits, nous vous invitons à consulter le paragraphe « Information sur la protection des données personnelles » figurant à la notice d'information.

Consentement au traitement des données de santé	Cochez
«J'accepte que mes données d'état de santé soient utilisées par GENERALI Vie et ses prestataires pour l'étude de mon dossier de souscription ou d'adhésion et d'un éventuel sinistre garanti par le contrat »	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON (dans ce cas, nous ne pourrions pas donner suite à votre demande d'assurance)

Questionnaire de santé - 2^{ème} page
A remplir obligatoirement par la personne à assurer



Identité de la personne à assurer

Qualité : M. Mme Mlle

Nom : Prénom : Date de naissance : ____/____/____

Quelle est votre taille et quel est votre poids ? **Taille** : cm **Poids** : kg

	Cochez		Si oui, veuillez répondre aux questions :
	OUI	NON	

<p>1. Etes-vous actuellement ou avez-vous eu, au cours des 5 dernières années, un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours consécutifs sur prescription médicale, pour raison de santé ?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><i>Arrêt de travail en cours :</i> Depuis quelle date ? Pour quel(s) motif(s) ?</p> <p><i>Arrêt de travail au cours des 5 dernières années :</i> À quelle date ? Pour quel(s) motif(s) ?</p> <p>Période(s) : du/...../..... au/...../..... du/...../..... au/...../.....</p>
--	--------------------------	--------------------------	---

<p>2. Suivez-vous actuellement ou avez-vous suivi, au cours des 10 dernières années, un traitement médical de plus de 21 jours ?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><i>Traitement médical en cours :</i> Le(s) quel(s) ? Depuis quelle date ? Pour quel(s) motif(s) ?</p> <p><i>Traitement médical au cours des 10 dernières années :</i> À quelle date ? Pour quel(s) motif(s) ?</p> <p>Période(s) : du/...../..... au/...../..... du/...../..... au/...../.....</p>
--	--------------------------	--------------------------	--

<p>3.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Au cours des 10 dernières années, avez-vous été hospitalisé ou avez-vous subi une intervention chirurgicale ? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>À quelle date ? Pour quel(s) motif(s) ?</p> <p>Durée ? Période(s) : du/...../..... au/...../..... du/...../..... au/...../.....</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Devez-vous être hospitalisé ou subir une intervention chirurgicale, un bilan, un traitement médical ou des examens médicaux ? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>À quelle date ? Pour quel(s) motif(s) ?</p>



<p>4. Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail, d'une pension d'invalidité ou de l'Allocation pour adulte handicapé (AAH) ?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Depuis quelle date ?</p> <p>Pour quel(s) motif(s) ?</p> <p>.....</p> <p>A quel taux ou quelle catégorie ?</p> <p>.....</p> <p>Quel est l'organisme qui vous verse la prestation ?</p> <p>.....</p>
<p>5. Etes-vous ou avez-vous au cours des 10 dernières années, été pris en charge à 100 % pour une affection de longue durée (ALD) pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale ?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>À quelle date ?</p> <p>Pour quel(s) motif(s) ?</p> <p>.....</p> <p>Durée de prise en charge ?</p> <p>Période(s) :</p> <p>du/...../..... au/...../.....</p> <p>du/...../..... au/...../.....</p>
<p>6. Etes-vous actuellement, ou avez-vous été au cours des 10 dernières années, atteint d'une maladie rhumatismale, de la colonne vertébrale, de lumbago, lombalgie ou sciatique, de troubles nerveux, affection neuropsychique, dépression nerveuse ou assimilé ?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><i>Atteinte en cours :</i></p> <p>Nature de l'affection :</p> <p>Date de début :</p> <p>Traitements et séquelles, ou rechutes éventuelles ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><i>Atteinte au cours des 10 dernières années :</i></p> <p>Nature de l'affection :</p> <p>Traitements et séquelles, ou rechutes éventuelles ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Période(s) :</p> <p>du/...../..... au/...../.....</p> <p>du/...../..... au/...../.....</p>
<p>7. Avez-vous effectué un test de dépistage, portant sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine (VIH), dont le résultat a été positif (présence d'un ou plusieurs virus dans le sang) ?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>À quelle date ?</p> <p>Le(s)quel(s) ?</p>
<p>8. Suivez-vous ou avez-vous suivi au cours des 10 dernières années, un traitement de plus de 30 jours par rayons X, substances radioactives, chimiothérapie ou immunothérapie ?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><i>Traitement en cours :</i></p> <p>Le(s)quel(s) ?</p> <p>Pour quel(s) motif(s) ?</p> <p>.....</p> <p>Date de début :</p> <p>Durée ?</p> <p><i>Traitement au cours des 10 dernières années :</i></p> <p>Le(s)quel(s) ?</p> <p>Pour quel(s) motif(s) ?</p> <p>.....</p> <p>A quelle date ?</p> <p>Durée ?</p> <p>Période(s) :</p> <p>du/...../..... au/...../.....</p> <p>du/...../..... au/...../.....</p>

Déclarations de la personne à assurer

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 remplies sur la base de mes propres déclarations. Si ces réponses ont été adressées ou renseignées par un procédé informatique, je déclare les avoir saisies moi-même ou avoir autorisé expressément et sans contrainte la personne ayant effectué cette saisie. Dans le cadre des formalités d'adhésion, je m'engage à communiquer au Médecin Conseil de l'assureur, toutes les informations d'ordre médical provenant des Médecins que j'ai consultés, dont il pourrait avoir besoin. J'autorise l'Assureur à transmettre les données médicales me concernant au service médical de l'assureur, 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 de santé sous pli fermé au Médecin conseil du service 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.

Je reconnais avoir pris connaissance et reçu le « Document d'information ERAS » ainsi que la « Grille de référence » annexés à ce questionnaire.

Fait à _____, le ____/____/____

Signature de la personne à assurer :