

Antécédents de santé actuels ou au cours des 10 dernières années	Oui	Non	Précisions
Souffrez-vous ou avez-vous souffert, au cours des 10 dernières années, d'une maladie listée ci-après ? (Cochez « oui » ou « non » et indiquez les précisions en regard de chaque réponse positive : type, date de début, durée de la maladie, traitement médical, état de santé actuel ou séquelles éventuelles).			
1. Maladies de l'appareil respiratoire (notamment : tuberculose, pleurésie, bronchite, syndrome d'apnée du sommeil, asthme, emphysème, pneumonie) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. Maladies du cœur et des vaisseaux (notamment : cardiopathies congénitales, valvulopathies, insuffisance coronaire, myocardiopathie, péricardite, troubles du rythme ou de la conduction, hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, maladies vasculaires, artérite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. Maladies du système digestif (notamment : maladies œsophagiennes, ulcères gastriques ou duodénaux, hémorragie digestive, polypes, maladies inflammatoires chroniques intestinales (RCH, Crohn), maladies du foie, des voies biliaires, du pancréas, hépatites) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. Maladies du système génito-urinaire (notamment : affection rénale ou des voies urinaires, glomérulonéphrites, calculs rénaux, hématurie, albuminurie) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. Affections neurologiques ou psychiques (notamment : anévrisme ou malformation artério-veineuse, hémorragie cérébrovasculaire, AVC, AIT, épilepsie, méningite, migraine, sclérose en plaques, syndrome dépressif, anxiété, tentative de suicide, séjours en établissement spécialisé (service de psychiatrie, désintoxication) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. Affections endocriniennes ou métaboliques (notamment : thyroïdiennes, diabète, dyslipidémie, autres affections endocriniennes) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. Affections hématologiques (notamment : anémie, polyglobulie, hémophilie, leucémie, maladie de Hodgkin, autres affections hématologiques) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. Maladies du système immunitaire, maladies infectieuses ou parasitaires (notamment : VIH, hépatites, maladies tropicales, paludisme) ? Attention , par application du droit à l'oubli, vous n'avez pas à déclarer l'hépatite C dont la fin du protocole thérapeutique remonte à plus de 5 ans.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9. Maladies des os et des muscles (notamment : arthrose et rhumatismes inflammatoires, fibromyalgie et syndromes apparentés, affections disco vertébrales, y compris hernie discale, tassement vertébral, lombalgies mêmes banales, cervicalgies, dorsalgies, myélopathie, sciatique et troubles statiques (scoliose), tendinopathies chroniques, myopathies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10. Maladies des yeux et troubles de la vision (notamment : glaucome, rétinopathie, cataracte, myopie sévère) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11. Affections ORL (notamment : vertiges, surdité, affections bucco linguales) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12. Manifestations immuno-allergiques ou dermatologiques (notamment : eczéma, allergies cutanées, lupus, purpura, tumeurs cutanées, psoriasis) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
13. Affections tumorales ou cancéreuses Attention , par application du droit à l'oubli, vous n'avez pas à déclarer les cancers dont la fin du protocole thérapeutique remonte à plus de 5 ans.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____



Antécédents de santé au cours des 10 dernières années	Oui	Non	Précisions
Cochez « oui » ou « non » et indiquez les précisions en regard de chaque réponse positive.			
14. Avez-vous fait l'objet d'un traitement par radiothérapie, chimiothérapie ou hormonothérapie ? Attention , par application du droit à l'oubli, vous n'avez pas à déclarer les cancers dont la fin du protocole thérapeutique remonte à plus de 5 ans.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Pour quelles raisons ? _____ _____ _____
15. Avez-vous eu un accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Nature des séquelles éventuelles ? _____ _____ _____
16. Avez-vous fait l'objet d'investigations paracliniques ou d'examens complémentaires (tests sanguins ou urinaires, radiographie, endoscopie, échographie, scanner, ultrasons, électrocardiogramme) dont les résultats n'auraient pas été jugés normaux ? (joindre la copie des comptes rendus de ces examens)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Lesquels ? _____ _____ Résultats ? _____ _____
17. Avez-vous fait l'objet d'examens tels que : angiographie, électroencéphalogramme, angioscanner, coronarographie ou autres investigations non citées précédemment (joindre la copie des comptes rendus de ces examens)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Lesquels ? _____ _____ Résultats ? _____ _____
18. Avez-vous été hospitalisé(e) ou opéré(e) (hôpital, clinique, sanatorium, maison de santé, centre de rééducation) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Pour quel motifs ? _____ _____ Durée de l'hospitalisation ? _____
19. Avez-vous fait l'objet d'une transfusion ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Pour quel motifs ? _____ _____
20. 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 ? Attention , par application du droit à l'oubli, vous n'avez pas à déclarer l'hépatite C dont la fin du protocole thérapeutique remonte à plus de 5 ans.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Lequel ? _____



Antécédents de santé	Oui	Non	Précisions
Cochez « oui » ou « non » et indiquez les précisions en regard de chaque réponse positive.			
21. Faites-vous actuellement usage de médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? _____ Pour quel motifs ? _____ Depuis quand ? _____
22. Percevez-vous une pension/allocation pour inaptitude au travail, invalidité, adulte handicapé, ou êtes-vous pris(e) en charge à 100 % pour raison médicale (affections de longue durée/ALD) par un organisme social ? (joindre la notification)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel motifs ? _____ Depuis quand ? _____ Taux d'invalidité reconnu ? _____
23. Êtes-vous actuellement en arrêt de travail pour raison de santé ? (y compris les arrêts de travail pour grossesse pathologique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis quand ? _____ Pour quels motifs ? _____
24. Avez-vous, au cours des cinq dernières années été en arrêt de travail pour maladie ou accident pendant plus de trois semaines consécutives ou plus de quatre-vingt-dix jours cumulés sur une année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Pour quel motifs ? _____ Durée ? _____
25. À votre connaissance, devez-vous être hospitalisé(e), ou vous soumettre à des examens complémentaires dans les 12 prochains mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Pour quel motifs ? _____
Questions réservées aux personnes de sexe féminin			
26. Êtes-vous actuellement enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis quand ? _____ Poids avant le début de la grossesse ? _____ kg Grossesse pathologique ou à risque ? _____
27. Êtes-vous régulièrement suivie sur le plan gynécologique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date du dernier examen ? _____
28. Au cours des 10 dernières années, une mammographie a-t-elle été réalisée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Résultats ? _____ _____ _____
29. Êtes-vous le sujet d'investigations ou d'un traitement dans le cadre de l'infertilité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mode de vie			
30. Exercez-vous votre activité professionnelle à temps partiel ou avec restrictions, <u>pour raisons médicales</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis quand ? _____ Pour quels motifs ? _____ _____ _____
31. Consommez-vous régulièrement des boissons alcoolisées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre de verres par jour _____



Déclarations et signatures

Je certifie avoir relu les réponses apportées au présent questionnaire, celles-ci ont été écrites en ma présence et sont sincères, à ma connaissance, complètes, exactes et strictement conformes aux déclarations que j'ai faites. 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 L113-8 du Code des assurances).

J'autorise l'Assureur à transmettre les données médicales me concernant aux médecins du réseau accrédité par ses soins et au service médical de tout tiers dont l'intervention est nécessaire pour l'application de l'assurance et notamment les réassureurs.

Protection des données 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 Generali Vie 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. À 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.

En cas de prise de décision individuelle automatisée

Dans le cadre de la souscription et l'exécution du contrat, les risques à assurer peuvent, à partir d'informations vous concernant, être appréciés et quantifiés suivant des traitements automatisés. De tels traitements peuvent avoir un impact sur la tarification ou l'ajustement des garanties. **Vous acceptez également, en remplissant ce questionnaire que le traitement de ces données puisse faire l'objet d'un traitement individuel automatisé.**

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.

Vous disposez du droit de prendre connaissance des informations vous concernant et le cas échéant de demander à les corriger notamment en cas de changement de situation ; vous disposez également du droit de demander d'effacer ou de limiter l'utilisation de vos données notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires.

Enfin, vous pouvez 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 de votre **délégué de gestion** tel que mentionné à la notice d'information ou ;
- auprès de **Generali Vie** : à l'adresse mail droitdaces@generali.fr ou à l'adresse postale suivante 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.

Fait à _____,

le | | | | | | | | | |

Signature et cachet
du Médecin examinateur

Signature du proposant
(en présence du médecin)



B - ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL DU PROPOSANT							
Mesures							
Taille _____ cm	Poids _____ kg	Tension artérielle		Périmètre thoracique		Périmètre abdominal _____ cm	
		_____ Sys.	_____ Diast.	En expiration _____ cm	En inspiration _____ cm		
Aspect général					Oui	Non	Précisions
32. Avez-vous constaté des anomalies congénitales ou acquises ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles ? _____ _____ _____
33. Existe-t-il une affection de la peau ? Y a-t-il présence de naevi, de cicatrices ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Siège et origine ? _____ Si présence de naevi, nombre ? _____
34. La bouche et la gorge vous paraissent-elles anormales ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
35. La thyroïde vous apparaît-elle anormale ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
36. Existe-t-il des adénopathies (cervicales, inguinales, etc...) ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
État des os, articulations et muscles					Oui	Non	Précisions
37. Y a-t-il une anomalie au niveau des os, des articulations aux membres inférieurs ou supérieurs ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De quelle nature ? _____ _____ _____
38. Y a-t-il une anomalie du rachis ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? _____ _____
Système respiratoire					Oui	Non	Précisions
39. Les données de l'auscultation pulmonaire et de l'examen thoracique sont-elles anormales ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
40. Y a-t-il des anomalies du système respiratoire ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles ? _____ _____ _____
Système cardiovasculaire					Oui	Non	Précisions
41. Auscultation du cœur : y a-t-il une anomalie stéthacoustique ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En cas de souffle, siège, intensité et irradiation ? _____ _____ _____
42. Le pouls au repos et la régularité du rythme cardiaque sont-ils anormaux ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ battements/minute dans tous les cas
43. Existe-t-il une hypertension traitée ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traitement ? _____ Depuis quand ? _____
44. Avez-vous constaté une hépatomégalie, des œdèmes des membres inférieurs ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
45. Les pouls périphériques sont-ils perçus ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
46. Y a-t-il des troubles trophiques aux membres inférieurs ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Système digestif					Oui	Non	Précisions
47. L'examen de l'abdomen présente-t-il une anomalie ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
48. À l'examen, le foie est-il palpable, dur, douloureux ou de volume anormalement important ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____



Nom et prénom du proposant _____

49. Avez-vous constaté une splénomégalie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
50. Avez-vous constaté une hernie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Siège ? _____ Éventration ? _____ Complication éventuelles ? _____ _____
Éléments suggérant une affection neuropsychique	Oui	Non	Précisions
51. Avez-vous constaté des éléments suggérant une pathologie neurodéficitaire ou cognitive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
52. Avez-vous relevé une anomalie des réflexes ostéotendineux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? _____
53. Avez-vous relevé une anomalie des réflexes pupillaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? _____
Organes sensitifs	Oui	Non	Précisions
54. Y a-t-il des troubles de la vue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nature (myopie, presbytie, hyperopie...) ? _____ Nécessitent-ils une correction ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Acuité après correction : OD ____ /10 avec ____ dioptries OG ____ /10 avec ____ dioptries
55. Y a-t-il un trouble de l'audition associé éventuellement à d'autres troubles ? (vertiges, otorrhée) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Déclarations et signature du médecin examinateur

Je, soussigné Docteur _____, déclare que les informations médicales concernant le proposant, ont été transcrites par mes soins avec diligence et précision, suite à un examen objectif.

Aucun résultat n'a été omis ni modifié.

Je certifie avoir vérifié l'identité du proposant.

Ce rapport, après avoir été signé par le proposant et par le Médecin examinateur, sera mis sous pli scellé et adressé au Médecin conseil de l'Assureur.

La rédaction du présent rapport donnera lieu au paiement d'honoraires équivalents à 4CS. Merci de joindre un relevé d'identité bancaire à votre envoi.

Il est fortement recommandé au médecin examinateur de s'abstenir, à l'égard de la personne à assurer, de toute remarque qui pourrait faire préjuger de la décision de l'assureur.

Les examens pratiqués par des médecins membres de la famille du postulant seront jugés sans valeur et ne pourront donner lieu à paiement d'honoraires.

Fait à _____, le _____

Signature et cachet
du Médecin examinateur

**Ce document est valable 6 mois à compter de la date de sa signature.
Les garanties ne seront acquises qu'après acceptation du risque par l'assureur.**



Ce document fait partie intégrante d'un ensemble de 7 pages dont la 5^{ème} et 7^{ème} comportent la signature du Médecin examinateur et de la personne à assurer (5^{ème} page uniquement).



Si vous imprimez ce document,
pensez à le trier !