

Questionnaire de Santé

relatif au contrat Groupe n° _____



Generali Vie, Société anonyme au capital de 336 872 976 euros
Entreprise régie par le Code des assurances - 602 062 481 RCS Paris
Siège social : 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris
Société appartenant au Groupe Generali immatriculé
sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026

À remplir même si le rapport médical est requis.

Personne à assurer

Qualité : M. Mme

Nom et prénom _____

Date de naissance

Déclarations de santé

Nous vous remercions de répondre à chacune des questions posées ci-dessous, en remplissant 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.

Conformément à la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, en vue de favoriser l'accès à l'assurance des postulants présentant un risque aggravé de santé, une grille de référence (consultable sur le site www.aeras-infos.fr) énonce les pathologies pour lesquelles les assureurs doivent se soumettre à certaines conditions d'acceptation, selon des critères précisément fixés.

Il est précisé que vous ne devez pas déclarer dans le présent questionnaire l'hépatite 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.

Veillez répondre par OUI ou NON et donner toutes les précisions demandées en regard de chaque réponse positive, elles sont indispensables pour que l'Assureur puisse évaluer le risque.

En fonction de votre taille, votre poids est-il en dehors des limites indiquées dans le tableau ci-dessous ?

Si oui, taille _____ cm Poids _____ kg

Taille en cm	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	41 à 64	44 à 75	47 à 80	49 à 85	53 à 90	56 à 96	59 à 102	62 à 108	65 à 114	69 à 119	80 à 126

1. Au cours des 10 dernières années, avez-vous été hospitalisé(e) pour maladie ou accident, pour des examens ou pour une intervention chirurgicale (pour d'autres motifs que végétations, dents de sagesse, amygdales, déviation de la cloison nasale, appendicite aiguë, IVG) ?

Pour quel motif ?

À quelle date ?

Nature et résultats, en cas d'examens spécifiques

Durée de l'hospitalisation ? _____

2. Souffrez-vous, ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années, d'une des maladies suivantes ?

• Maladies de l'appareil respiratoire (notamment asthme, emphysème, tuberculose, bronchite chronique)

• Maladies cardiovasculaires et maladies vasculaires (notamment hypertension, cardiopathie ischémique, stent, infarctus du myocarde, artérite, accident cardio-vasculaire)

• Maladies de l'appareil digestif (notamment maladies œsophagiennes, ulcère gastrique ou duodénal, hémorragie digestive, colite ulcéreuse, polypes, maladie de Crohn, maladie du foie, des voies biliaires, du pancréas)

• Maladies neurologiques ou psychiatriques (y compris dépression nerveuse)

• Maladies des os, des muscles et des articulations (notamment arthrose, sciatique, lombalgie, polyarthrite, fibromyalgie)

Nature de l'affection, date de début, latéralité, traitement et séquelles ou rechutes éventuelles ?

(*) Fin du protocole thérapeutique : il s'agit de la date de fin de tout traitement actif du cancer, en l'absence de rechute (**), par chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie effectuée en structure autorisée, date à laquelle plus aucun traitement n'est nécessaire hormis la possibilité d'une thérapeutique persistante de type hormonothérapie ou immunothérapie, ou de la date de fin du traitement antiviral pour l'hépatite C.

(**) Rechute : il s'agit de toute nouvelle manifestation médicalement constatée du cancer ou de l'hépatite virale C, qu'elle le soit par le biais d'un examen clinique, biologique ou d'imagerie.



Déclarations de santé (suite)

Veillez répondre par OUI ou NON et donner toutes les précisions demandées en regard de chaque réponse positive, elles sont indispensables pour que l'Assureur puisse évaluer le risque.

<ul style="list-style-type: none"> • Maladies tumorales ou cancéreuses <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maladies du système génito-urinaire (notamment coliques néphrétiques, néphropathie, affections de la prostate, polypes) • Maladies endocriniennes et métaboliques (notamment diabète, cholestérol, hypo ou hyperthyroïdie, goutte) • Maladies des yeux (notamment myopie forte supérieure à 9 dioptries ou évolutive, DMLA, cécité même unilatérale) • Troubles de l'audition (notamment otites, surdité, vertiges) • Maladies hématologiques, immunitaires, infectieuses ou parasitaires <p>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.</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature de l'affection, date de début, latéralité, traitement et séquelles ou rechutes éventuelles ? _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____										
3. Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu un arrêt de travail pour une raison médicale de plus de 3 semaines d'affilée ?	<input type="checkbox"/>	Pour quel motif ? _____ _____ À quelle date ? <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> Durée de l'arrêt de travail ? _____										
4. Au cours des 5 dernières années, des examens médicaux ont-ils révélé des anomalies ?	<input type="checkbox"/>	Lesquelles ? _____ _____ À quelle date ? <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
5. Avez-vous eu un résultat positif pour un test de dépistage des sérologies sur des virus (notamment hépatites B et C ou immunodéficience humaine - HIV) ? 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"/>	Lequel ? _____ _____ À quelle date ? <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
6. 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 ?	<input type="checkbox"/>	Pour quel motif ? _____ _____ Depuis quand ? <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
7. Êtes-vous actuellement en arrêt de travail total ou partiel ?	<input type="checkbox"/>	Pour quel motif ? _____ Depuis quelle date ? <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
8. Êtes-vous actuellement sous surveillance ou traitement médical y compris pour un traitement préventif (hors moyen de contraception) ?	<input type="checkbox"/>	Pour quel motif ? _____ _____ Depuis quand ? <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
9. Devez-vous être hospitalisé(e) ou faire des examens complémentaires dans les 12 prochains mois (notamment tests sanguins ou urinaires, radiographie, endoscopie, échographie, scanner, ultrasons, électrocardiogramme, coronarographie ou autres investigations non citées précédemment) ?	<input type="checkbox"/>	Pour quel motif ? _____ _____ À quelle date ? <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> Nature et résultats des examens préopératoires _____ _____ Durée de l'hospitalisation ? _____ Nature des examens à réaliser _____ _____										

(*) Fin du protocole thérapeutique : il s'agit de la date de fin de tout traitement actif du cancer, en l'absence de rechute (**), par chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie effectuée en structure autorisée, date à laquelle plus aucun traitement n'est nécessaire hormis la possibilité d'une thérapeutique persistante de type hormonothérapie ou immunothérapie, ou de la date de fin du traitement antiviral pour l'hépatite C.

(**) Rechute : il s'agit de toute nouvelle manifestation médicalement constatée du cancer ou de l'hépatite virale C, qu'elle le soit par le biais d'un examen clinique, biologique ou d'imagerie.



Déclarations et consentement au recueil des données de santé

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 L113-8 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. 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.

Je déclare être pleinement informé que j'ai la possibilité de transmettre le questionnaire de santé sous pli fermé au Médecin conseil du service médical de l'Assureur. Dans le cas où je n'ai pas usé de cette faculté, je certifie l'avoir fait délibérément et sans contrainte.

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.

Je reconnais avoir reçu le « Document d'information AERAS » et en avoir pris connaissance, ainsi que la « Grille de référence ».

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 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. 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 et 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 ;
- 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 ;
- d'obtenir une intervention humaine de la part du responsable de traitement, d'exprimer votre point de vue et de contester la décision dans le cadre d'une décision individuelle automatisée.

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

- auprès du **délégué 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.

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

Fait à _____, le | | | | | | | | | |

Signature de la personne à assurer

