

NOUVELLES REGLES DE SELECTION DU RISQUE 2008

AGE ASSURE

MONTANT ASSURE EN EUROS	X ≤ 40	41 ≤ X ≤ 50	51 ≤ X ≤ 60	61 ≤ X ≤ 74	X ≥ 75
Capital assuré ≤ 100 000	QS	QS	QS	QS	QS+ REM
100 000 <Capital assuré ≤ 240 000	QS	QS	QS	QS+ REM *	QS+ REM
240 000 <Capital assuré ≤ 340 000	QS+REM+BS0	QS+REM+BS0	QS+REM+BS1+ECG1	QS+REM+BS1+ECG1	QS+REM+BS1+ECG1
340 000 <Capital assuré ≤ 570 000	QS+REM+BS1	QS+REM+BS1+ECG1	QS+REM+BS1+ECG1	QS+REM+BS1+ECG2	QS+REM+BS1+ECG2
570 000 <Capital assuré ≤ 1 500 000	QS+REM+BS1+ECG1	QS+REM+BS2+ECG2	QS+REM+BS2+ECG2	QS+REM+BS2+ECG2	QS+REM+BS2+ECG2
1 500 000 <Capital assuré ≤ 5 000 000	QS+ REM+BS2+ ECG2+RC	QS+ REM+BS2+ ECG2+RC	QS+ REM+BS2+ ECG2+RC	QS+ REM+BS2+ ECG2+RC	QS+ REM+BS2+ ECG2+RC
5 000 000 <Capital assuré	QS+REM+BS2+ECG2+BZ+RC	QS+REM+BS2+ECG2+BZ+RC	QS+REM+BS2+ECG2+BZ+RC	QS+REM+BS2+ECG2+BZ+RC	QS+REM+BS2+ECG2+BZ+RC

RC : rapport confidentiel à partir de 1 500 000 €

QS	questionnaire de santé
REM *	rapport médical par médecin agréé par la Cie et analyse d'urines par bandelettes réactives
REM	rapport médical par médecin agréé par la Cie +EU (Examen d'urines effectué par laboratoire)
EU	recherche dans les urines: Sucre, Albumine, Leucocytes, Sang, Cytobactériologie des urines, dosage de la cotinine urinaire (pour accès au tarif non-fumeur)
BS0	analyse de sang (formule 0)
BS1	analyse de sang (formule 1)
BS2	analyse de sang complète (formule 2)
ECG1	examen cardio vasculaire avec électrocardiogramme au repos (toujours avec tracés et conclusions du cardiologue)
ECG2	ECG1+ Electrocardiogramme d'effort (toujours avec tracés et conclusions du cardiologue)
BZ	recherche de cocaïne dans les urines
BS0 formule 0	Hiv 1 et 2 par immunoenzymologie 2 réactifs ,Glycémie , Triglycérides,Transaminases SGOT-SGPT et Gamma GT, Cholestérol total, HDL du Cholestérol,Rapport Cholestérol total / HDL
BS1 formule 1	NFS,Vitesse de sédimentation, numération plaquettaire, Hiv 1 et 2 par immunoenzymologie 2 réactifs ,Glycémie , Créatinine,,Acide urique, Phosphatases alcalines,Triglycérides,Transaminases SGOT-SGPT et Gamma GT, Cholestérol total, HDL du Cholestérol,Rapport Cholestérol total / HDL, Sérologies des hépatites B et C (si HBsAg positif faire dosage HBeAg) Protéine C reactive et pour les hommes de plus de 50 ans :recherche des antigènes prostatiques spécifiques (PSA)
BS2 formule 2	NFS,Vitesse de sédimentation, numération plaquettaire, Hiv 1 et 2 par immunoenzymologie 2 réactifs ,Glycémie, Créatinine, Acide urique, Phosphatases alcalines,Triglycérides,Transaminases SGOT-SGPT et Gamma GT, Cholestérol total, HDL du Cholestérol,Rapport Cholestérol total / HDL, Sérologies des hépatites B et C (si HBsAg positif faire dosage HBeAg) Protéine C reactive, Hémoglobine glycosylée, Bilirubine (totale, directe) Taux de prothrombine et pour les hommes de plus de 50 ans :recherche des antigènes prostatiques spécifiques (PSA)

Validité des examens médicaux: Rapport d'examen médical et bilan cardiovasculaire : 6 mois Analyses de sang et d'urine: 3 mois



GENERALI

Solutions d'assurances

Generali Vie, Société Anonyme au capital de 285 863 760 euros
Entreprise régie par le Code des assurances 602 062 481 RCS Paris
Siège Social : 11, boulevard Haussmann - 75009 Paris

Questionnaire de santé

A remplir même si le rapport médical est requis

Assurable

Qualité : M. Mme Mlle

Nom et prénom _____

Date de naissance Code apporteur _____

Déclarations de santé

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 l'assureur. D'une manière générale, pour les femmes, tout arrêt de travail pour congés normaux de maternité, suivi médical normal de grossesse, hospitalisation pour maternité doivent être également déclarés.

(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 ? Oui Non
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, emphysème, ...) Oui Non
 - Affections cardiovasculaires (ex : hypertension) Oui Non
 - 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, ...) Oui Non
 - Affections cancéreuses Oui Non
 - Affections neurologiques ou psychiatriques (ex : dépression nerveuse, ...) Oui Non
 - Affections des os, des muscles et des articulations Oui Non
 - Affections hématologiques, immunitaires, infectieuses ou parasitaires Oui Non
 - Affections du système génito urinaire (ex : coliques néphrétiques, ...) Oui Non
 - Affections endocriniennes ou du métabolisme (ex : thyroïde, diabète, cholestérol, goutte, ...) Oui Non
 - Maladies des yeux (ex : myopie forte, cécité même unilatérale, ...) et de l'acuité auditive (ex : otites, vertiges, ...) Oui Non
3. Êtes-vous actuellement sous contrôle ou traitement médical (y compris dans le cadre d'une grossesse) ? (si Oui, précisez) Oui Non
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) Oui Non
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) Oui Non
6. Avez-vous fait l'objet d'examens cliniques (tests en laboratoire, examens spécifiques ou autres investigations) ayant révélé des anomalies ? (si Oui, précisez) Oui Non
7. Avez-vous fait l'objet d'une recherche HIV ou hépatite A, B, C ou D qui aurait révélé un résultat positif ? Oui Non
8. Avez-vous subi un traitement par radiothérapie ou chimiothérapie ? Oui Non
9. Vous a-t-on informé que vous deviez être hospitalisé (le cas échéant, à quelle date et pour quel motif) ? Oui Non

Ce questionnaire comporte une suite. Merci de bien vouloir signer les deux parties.

Signature

Fait à _____, le

Signature

Assurable

Qualité : M. Mme Mlle

Nom et prénom _____

Date de naissance Code apporteur _____

Déclarations de santé (suite)

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) Oui Non

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

Pour un emprunt > 300 000 euros, merci de bien vouloir remplir cette partie

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 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'UE) ? 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 : _____

Signature

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 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 (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 par l'assureur ainsi qu'à ses intermédiaires, réassureurs et tout organisme y participant. À défaut, ma demande de souscription ne pourrait être prise en considération.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 telle que modifiée par la Loi du 6 août 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 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 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 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.

Fait à _____, le

Signature

HONORAIRES REMBOURSES PAR L'ASSUREUR

Le tarif appliqué pour l'établissement d'un rapport médical est de 4CS. Generali se réserve le droit de revenir vers tout praticien qui appliquerait des tarifs jugés excessifs au regard des pratiques du marché.

Le médecin examinateur n'émettra aucune réserve sur l'état de santé du proposant et devra s'assurer que toutes les réponses sont claires et complètes.
Les rapports d'examens médicaux incomplets ou imprécis ne seront pas jugés valables.
Le rapport devra être retourné sous pli scellé à l'attention du médecin conseil de l'assureur.
Pour des raisons évidentes les examens pratiqués par des médecins membres de la famille du postulant ne seront pas remboursés et jugés sans aucune valeur.

Type de contrat :

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

Nom et prénom du médecin examinateur

Dr :

Adresse :

Code postal : Ville :

Identité du proposant : Mr Mme Mlle

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille : Né(e) le :

À : Code postal : Ville :

Adresse actuelle :

Code postal : Ville :

Nature pièce d'identité : Numéro :

Vous devez répondre lisiblement à toutes les questions

A - DÉCLARATIONS DE LA PERSONNE À ASSURER RECUEILLIES ET CONTRÔLÉES PAR LE MÉDECIN EXAMINATEUR

Antécédents familiaux

Veuillez répondre lisiblement à l'aide du tableau suivant, en particulier si votre famille a présenté des cas de maladies héréditaires ou familiales telles que :

tumeurs malignes, maladies rénales, maladies cardio vasculaires, ictus, hypertension, goutte, anomalies biologiques, maladies ou désordres héréditaires, dyslipidémie, diabète, tuberculose, alcoolisme, suicide, épilepsie ou autres maladies mentales, maladies nerveuses.

Veuillez détailler vos réponses.

Parenté	VIVANT		DÉCÉDÉ			
	Age	Etat de santé actuel, et antécédents de santé éventuels	Age au moment du décès	Année du décès	Antécédents de santé avant le décès	Causes du décès
Père						
Mère						
Frères (nombre)						
Sœurs (nombre)						
Autre membre de la famille (précisez le degré de parenté)						
1. A votre connaissance, êtes-vous actuellement en bonne santé ?			OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	PRÉCISIONS	
2. Souffrez-vous d'une maladie ou affection chronique ? Laquelle ?			OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	1. 2.	

Antécédents de santé			PRÉCISIONS :
Avez-vous souffert ou souffrez-vous d'une maladie ou d'une affection ? (répondez par "oui" ou "non" et donnez des précisions en regard de chaque réponse positive (type, date de début, durée de la maladie, traitement médical, état de santé actuel ou séquelles éventuelles).	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
3. Maladies de l'appareil respiratoire : (tuberculose, pleurésie, bronchite, pneumonie, asthme, emphysème) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	3.
4. Maladies du cœur et des vaisseaux : (malformations congénitales ou acquises, ischémie, valvulopathies, arythmies, souffle, infarctus, insuffisance coronarienne, maladies du myocarde ou du péricarde, hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, maladies vasculaires, artérite) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	4.
5. Maladies du système digestif : (maladies œsophagiennes, ulcères gastriques ou duodénaux, gastro-duodénites, hémorragies gastro-intestinales, colites ulcéreuses, polypes, hémorroïdes, maladies inflammatoires chroniques intestinales, maladies du foie, des voies biliaires, du pancréas) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	5.
6. Maladies du système génito urinaire : (Affection rénale ou urinaire, néphrite, calculs, coliques néphrétiques, hématurie, albuminurie) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	6.
7. Affections neurologiques ou psychiques : (Épilepsie, méningite, anévrisme, hémorragie, paralysie, crises convulsives, maladies mentales, état dépressif, tentatives de suicide, anxiété, sclérose en plaques, migraines, alcoolisme, accident vasculaire cérébral) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	7.
8. Affections endocriniennes ou du métabolisme : (Thyroïde, diabète, obésité, dyslipidémie, glandes surrénales, désordres hormonaux) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	8.
9. Affection sanguine ou ganglionnaire : (anémie, polyglobulie, hémophilie, adénopathies, hémorragies diverses, moëlle des os) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	9.
10. Maladies du système immunitaire, maladies infectieuses, ou parasitaires : (Sida, hépatite, maladies du tissu conjonctif, maladies sexuellement transmissibles, maladies tropicales, malaria, amibes) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	10.
11. Maladies des os et des muscles : (maladies ostéo articulaires, des hanches ou de la colonne vertébrale, scoliose, sciatique, rhumatismes, arthrose, hernie discale, tassement vertébral, lombalgies même banales, cervicalgies, dorsalgies osseuses, affections cérébrospinales, ligaments, tendons, maladies musculaires) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	11.
12. Maladies des yeux : (glaucome, rétinopathie, cataracte) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	12.
13. Anomalie de l'acuité auditive : (otites, vertiges) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	13.
14. Affection du nez, de la gorge ou de la bouche : (sinusites, laryngites) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	14.
15. Affection ou allergie cutanée : (eczéma, mycose, allergies, herpès, psoriasis, purpurat, lupus, tumeurs) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	15.
16. Affections ganglionnaires ? Infections à cause inconnue ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	16.
17. Toutes sortes de fièvre ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	17.
18. Sueurs nocturnes ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	18.
19. Tumeur maligne ou bénigne ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	19.
20. Avez-vous fait l'objet d'un traitement par rayons laser ou chimiothérapie ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	20.
21. Hernies ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	21.
22. Avez-vous eu un accident ? Le échéant, veuillez nous indiquer la date et les séquelles éventuelles.	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	22.
23. Faites-vous actuellement usage de médicaments ? Lesquels ? Quel dosage ? Durée du traitement ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	23.
24. Avez-vous fait l'objet d'examens spéciaux : (tests sanguins ou urinaires, radiographie, échographie, scanner, ultrasons, électrocardiogramme) qui ont révélé des anomalies ? Le cas échéant veuillez détailler votre réponse.	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	24.
25. Avez-vous fait l'objet d'examens tels que : endoscopies, angiographies, électroencéphalogramme ou autre investigation non citée précédemment ? Quand ? Pour quel motif ? Quel en a été le résultat ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	25.
26. Au cours des cinq dernières années avez-vous consulté un spécialiste, même si aucun traitement médical n'a été prescrit : - Psychothérapeutes (psychiatres, psychologues) - chiropracteurs, physiothérapeutes - acupuncteurs	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	26.

27. Avez-vous reçu ou recevez-vous des indemnités pour incapacité de travail, ou en avez-vous fait la demande ? Le cas échéant, veuillez indiquer le motif et le degré d'invalidité ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	27.
28. Votre poids a-t-il augmenté ou diminué au cours des deux dernières années ? En cas de réponse positive, de combien et si possible le motif.	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	28.
29. Avez-vous fait l'objet de transfusion de sang ? quand ? Pour quel motif ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	29.
30. Lors d'un don du sang avez-vous été refusé ? Si oui, pourquoi ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	30.
31. Avez-vous fait l'objet d'un test sanguin qui aurait révélé un résultat HIV positif ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	31.
32. Avez-vous ressenti dans un passé excédant trois mois, des symptômes de fatigue excessive, perte de poids, diarrhée, inflammation ganglionnaire, contusions inexplicables, qui auraient duré plus d'une semaine ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	32.
33. Vous a-t-on annoncé que dans les semaines à venir vous deviez être hospitalisé pour y subir une intervention chirurgicale ou un examen spécifique ? Le cas échéant, précisez la nature, le motif et la date.	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	33.
34. Au cours des cinq dernières années avez-vous été en arrêt de travail pour maladie ou accident pendant plus de trois semaines consécutives ? Le cas échéant, précisez la date, le motif et la durée ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	34.
35. Veuillez indiquer le nom et l'adresse de votre médecin traitant			35.
36. Avez-vous consulté d'autres médecins au cours des cinq dernières années ? Pour quel motif ? A quelle date ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	36.
37. Avez-vous été hospitalisé (hôpital, clinique, sanatorium, maison de santé) ? Le cas échéant précisez les motifs et la durée de l'hospitalisation. Quel médecin avez-vous consulté la dernière fois et pour quel motif ? (veuillez préciser le nom et l'adresse) Quel médecin est le mieux informé sur votre état de santé ? (veuillez préciser le nom et l'adresse.)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	37.
QUESTIONS RÉSERVÉES AUX PERSONNES DU SEXE MASCULIN.			38.
38. Avez-vous été exempté ou ajourné du service militaire lors de la visite médicale ? Le cas échéant, veuillez préciser le motif.	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	38.
39. Etes-vous titulaire d'une pension d'invalidité à titre militaire ? Quel taux ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	39.
40. Avez-vous fait l'objet d'un dysfonctionnement de la prostate ou des testicules ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	40.
41. Faites-vous l'objet d'examens réguliers de la prostate (dosage sanguin de l'antigène spécifique de la prostate) ? Le cas échéant précisez le résultat ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	41.
QUESTIONS RÉSERVÉES AUX PERSONNES DU SEXE FÉMININ.			42.
42. Etes-vous toujours réglée ? Le cas échéant vos règles sont-elles douloureuses ?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	42.
43. Avez-vous eu des périodes hémorragiques en dehors du cycle menstruel ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	43.
44. Nombre de grossesses ? Leur déroulement a-t-il été normal ?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	44.
45. L'accouchement et ses suites ont-ils été normaux ?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	45.
46. Accouchement prématuré? Fausse couche ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	46.
47. Etes-vous enceinte? Depuis combien de temps ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	47.
48. Le déroulement de votre grossesse a-t-il été normal jusqu'à la date du présent examen médical ?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	48.
49. Des complications sont-elles prévisibles ? Le cas échéant lesquelles ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	49.
50. Vous savez-vous atteint d'affections mammaires, ovariennes, utérines, ou des organes génitaux externes ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	50.
51. Utilisez-vous un moyen de contraception ? Lequel ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	51.
52. Etes-vous ménopausée? Depuis quelle date ? Était-ce physiologique ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	52.
53. Faites-vous des contrôles réguliers tels que check-up, mammographie ? Quels sont les résultats ?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	53.
MODE DE VIE.			54. à plein temps : à temps partiel :
54. Quelle est votre activité professionnelle à temps plein, à temps partiel ?			54.
55. Quelle profession avez-vous exercé par le passé ?			55.

56. Avez-vous du changer de professions pour raison de santé ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	56.
57. Avez-vous une activité sportive ? Laquelle ? A quel niveau (amateur, professionnel) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	57. amateur <input type="checkbox"/> professionnel <input type="checkbox"/>
58. Consommez-vous de l'alcool régulièrement ? Combien d'unités par jour (1 unité = 1/2 litre de bière ou 1 verre de vin, 1 apéritif ou 1 digestif)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	58. bière..... vin..... apéritif/digestif.....
59. Si vous ne consommez plus d'alcool à ce jour, en avez-vous consommé régulièrement par le passé ? Quelle quantité ? Combien de temps ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	59.
60. Fumez-vous ? Le cas échéant quelle quantité par jour ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	60. cigarettes..... cigare..... pipe.....
61. Etiez-vous fumeur ? Donnez des précisions sur la nature, la durée, la date à laquelle vous avez cessé de fumer et pour quel motif ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	61. cigarettes..... cigare..... pipe.....
62. Avez-vous ou faites-vous usage de tranquillisants, antidépresseurs, sédatifs, stupéfiants ? Lequels ? Quantité ? Durée ?.	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	62.
ANTÉCÉDENTS D'ASSURANCES SUR LA VIE.			63.
63. Avez-vous fait l'objet d'investigations médicales pour des propositions d'assurance sur la vie ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	63.
64. Avez-vous fait l'objet d'une acceptation du risque aux conditions normales ?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	64.
65. Dans la négative avez-vous fait l'objet de surprime, restrictions de garanties ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	65.
66. Avez-vous fait l'objet d'un refus de garantie ou d'un ajournement ? A quelle date ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	66.
67. Veuillez indiquer toute anomalie physique, biologique ou clinique, congénitale ou acquise qui n'aurait pas été mentionnée ci-dessus.	67.		67.

DECLARATION DU PROPOSANT

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.

Je reconnais être informé que toutes les réponses faites à ce questionnaire sont à l'usage des services médicaux des compagnies d'assurance du groupe Generali.

Je déclare ne pas ignorer que si, dans l'appréciation du risque l'assureur a été induit en erreur par suite d'une fausse déclaration intentionnelle ou d'une réticence l'assurance pourra être annulée aux conditions prévues par le Code des assurances.

Je soussigné autorise tout médecin à communiquer au médecin conseil de l'assureur ou des réassureurs, toutes les informations d'ordre médical provenant des médecins que j'ai consultés dont il pourrait avoir besoin.

Signature et cachet du Médecin examinateur :

Signature du proposant (en présence du médecin) :

.....

.....

Fait à **le**

B - DÉCLARATION DU MÉDECIN EXAMINATEUR.

68. Avez-vous un lien de parenté ou une affinité quelconque ou un intérêt avec le proposant ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	68.
69. Êtes-vous le médecin traitant du proposant ou un médecin particulièrement informé sur son état de santé ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	69.
70. Avez-vous déjà examiné ou suivi le proposant pour un traitement médical ? Quand ? Pourquoi ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	70.

C - ETAT DE SANTÉ ACTUEL DU PROPOSANT

Aspect général.			
71. Le proposant vous paraît-il en bonne santé ?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	71.
72. Allure et apparence générale (normale, athlétique, obèse, élancé, maigre, droit, voûté)			72. normale <input type="checkbox"/> anormale <input type="checkbox"/>
73. Infirmités congénitales ou acquises ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	73.
74. L'apparence générale correspond-elle à l'âge atteint ?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	74.
75. La couleur et l'aspect de la peau sont-ils normaux ?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	75.
76. Existe t-il une affection cutanée ? De quelle sorte ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	76.
77. Cicatrices ? A quel endroit ? Origine ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	77.
78. Existe t-il un naevus suspect ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	78.

79. Aspect adipeux. Le poids vous paraît-il bien réparti ?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	79.
80. Le système lymphatique vous paraît-il normal ?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	80.
ETAT DES OS, ARTICULATIONS ET MUSCLES.			
81. La masse musculaire vous paraît-elle normale ?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	81.
82. Y a-t-il une anomalie au niveau des os, articulations, particulièrement au niveau du buste, des vertèbres, des membres inférieurs ou supérieurs ? De quel ordre ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	82.
83. Y a-t-il une anomalie de mouvement au niveau de la colonne vertébrale ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	83.
84. Constatez-vous une symptomatologie évocatrice d'une atteinte du système nerveux ou d'une myopathie ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	84.
85. Conclusions sur l'état osseux et musculaire du proposant			85.

taille cm.....	poids kg.....	Tour de poitrine sous les aisselles (pour les deux sexes)		Tour de l'abdomen au-dessus du nombril cm
		en expiration cm.....	en inspiration cm	

N.B. – Le Médecin examinateur doit vérifier personnellement et noter précisément les données précédentes.

VISAGE ET COU			
86. L'aspect vous paraît-il normal ?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	86.
87. La glande thyroïde vous paraît-elle normale ? (en cas d'hypertrophie, veuillez préciser la consistance glandulaire et si l'affection est ancienne, stationnaire ou progressive)	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	87.
88. Ganglions lymphatiques à la palpation ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	88.
SYSTÈME RESPIRATOIRE			
89. La bouche et la gorge vous paraissent-elles normales ?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	89.
90. Y a-t-il une affection du nez ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	90.
91. Y a-t-il une anomalie de la voix ? (rauque, enrouée, voilée)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	91.
92. Y a-t-il une asymétrie totale ou partielle des poumons ? Y a-t-il une anomalie de la fréquence ou du rythme respiratoire ? Les poumons sont-ils normaux à la palpation, percussion et auscultation ?	OUI <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	92.
93. Y a-t-il d'autres anomalies du système respiratoire ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	93.
94. Conclusions du médecin examinateur sur le système respiratoire.			94.
SYSTÈME CARDIO VASCULAIRE			
95. Auscultation du cœur. Y a-t-il une anomalie des battements cardiaques? (en cas de souffle, précisez le siège, le temps, la qualité et l'irradiation)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	95.
96. Pulsations au repos ? Régularité du rythme cardiaque ?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	96. battements/min
97. Tension artérielle au repos (si le tracé est anormal un autre tracé devra être réalisé après 10 minutes)			97. Syst..... Diast..... mmHg..... Syst..... Diast..... mmHg.....
98. Palpitations aux limites de la normale compte tenu de la morphologie ? Signes d'essoufflement ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	98.
99. Signes de pression veineuse importante, thrombose, œdème périphérique ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	99.
100. Examen des vaisseaux sanguins (varicosités, hémorroïdes), normaux ?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	100.
101. Conclusions du médecin examinateur sur le système cardio vasculaire.			101.
BOUCHE ET SYSTÈME DIGESTIF.			
102. Etat de la bouche (langue, dents, amygdales, gencives)			102. normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>
103. Examen de l'abdomen (recherche soigneuse de douleur à la palpation, masse anormale) ?			103. normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>
104. Examen du foie : est-il palpable, dur, douloureux, ou présente-t-il des renflements? (Si la dimension est anormale, précisez le degré).			104.
105. Taille de la rate : y a-t-il splénomégalie ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	105.
106. Y a-t-il une hernie ? Avec complications ?	OUI <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	106.

107. Ya t-il une fistule anale ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	107.
108. Conclusions du médecin examinateur sur le système digestif.			108.
ORGANES GÉNITO URINAIRES.			
109. Y a-t-il une raison de suspecter l'existence d'une anomalie au niveau des reins, de la vessie ou de l'urètre ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	109.
110. Y a-t-il des symptômes de rétrécissement de l'urètre ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	110.
111. Pour le sexe masculin : anomalie des testicules, affection de la prostate ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	111.
SYSTÈME NERVEUX, ORGANES SENSORIELS ET COMPORTEMENT MENTAL.			
112. Comportement mental ?			112. normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>
113. Mobilité : y a-t-il des tremblements, contractures musculaires, paralysie ou parésie, douleur en station debout ou trouble du langage ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	113.
114. Reflexes profonds : genoux.			114.
115. Pupilles : forme et symétrie, réaction à la lumière et accommodation			115.
116. Y a-t-il des troubles de l'acuité visuelle ? En cas de myopie ou d'hypermétropie sévère, précisez le degré.	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	116.
117. Oreilles : y a-t-il un désordre fonctionnel de l'acuité auditive ? (vertiges, otorrhée)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	117.
118. Conclusions du médecin examinateur sur le système nerveux, les organes sensoriels et le comportement mental du proposant.			118.
119. Précisez s'il y a une raison de suspecter une affection mentale.			119.
SEXE FÉMININ.			
120. Examen de la poitrine ?			120. normale <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/>
121. Le médecin examinateur pense-t-il qu'il soit nécessaire d'effectuer un examen gynécologique en raison d'une anomalie suspecte au niveau des organes génitaux ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	121.

Résultat de l'analyse d'urine (en présence du médecin)

Couleur	Apparence	Odeur	Réaction	Poids spécifique à 15°	Albumine	Sucre	Autre anomalie?
Quels tests avez-vous utilisés?							

Analyse microscopique des sédiments
 Conclusions sur l'analyse d'urine :

122. Avez-vous trouvé une affection autre que celles mentionnées ci-dessus ? Le cas échéant, donnez des détails.	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	122.
CONCLUSIONS			
123. Compte tenu des informations précédentes quel est le diagnostic du médecin examinateur ?			123.
124. Des examens complémentaires sont-ils nécessaires pour confirmer l'état de santé du proposant ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	124.
125. Le cas échéant lesquels ?			125. lesquels ?
126. Si le test HIV n'est pas requis par l'assureur pensez-vous qu'il soit nécessaire en fonction des déclarations du proposant et de vos propres conclusions ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	126.

Les garanties ne sont effectives qu' après acceptation du risque.

<p>a) Couverture Invalidité</p> <p><input type="checkbox"/> possible <input type="checkbox"/> possible avec restrictions sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> les maladies du système auditif <input type="checkbox"/> les maladies des os, des articulations et des muscles <input type="checkbox"/> les maladies des yeux <input type="checkbox"/> autres. <p>(autres).....</p> <p><input type="checkbox"/> impossible : motif</p> <p>b) Emettriez-vous une réserve particulière en cas de demande de couverture supplémentaire "décès par accident" ?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>motif</p>	<p>Informations complémentaires :</p> <p>Je, soussigné, déclare que les informations médicales concernant le proposant, ont été transcrites par mes soins avec diligence et précision, suite à un examen objectif de Mr, Mme, Melle.....</p> <p>Aucun résultat n'a été omis ni modifié.</p> <p>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.</p> <p>L'examen médical a été pratiqué à (lieu)</p> <p>Le (date et heure) <i>(Hôpital, clinique, Cabinet du médecin examinateur)</i></p> <p>Réserve du médecin examinateur sur le proposant :</p> <p>Domicile <i>(signature et cachet du médecin examinateur)</i></p>
---	---