



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Relatif au contrat N° 7352



VEUILLEZ RÉPONDRE PAR OUI OU NON ET COMPLÉTER EN CAS DE RÉPONSE POSITIVE.

4a. Êtes-vous actuellement en arrêt de travail total ou partiel ?	Depuis quelle date ? Pour quel motif ?																								
4b. Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu un arrêt de travail de plus de 3 semaines d'affilée pour une raison médicale ?	À quelle date ? Pour quel motif ?																								
4c. Êtes-vous actuellement sous traitement ou surveillance médicale y compris pour un traitement préventif (hors moyen de contraception) ?	Durée ? Depuis quelle date ? Pour quel motif ?																								
5. Au cours des 10 dernières années, avez-vous été hospitalisé pour maladie ou accident ou pour subir une intervention chirurgicale ou un examen spécifique (pour d'autres motifs que des végétations, dents de sagesse, déviation de la cloison nasale, appendicite aiguë ou IVG).	À quelle date ? Pour quel motif ? Nature et résultats, en cas d'examens spécifiques Durée ?																								
6. Au cours des 5 dernières années, des examens médicaux ont-ils révélé des anomalies ?	Lesquels ? À quelle date ?																								
7. 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.	À quelle date ? Lequel ?																								
8. 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) ?	À quelle date ? Pour quel motif ?																								
9. 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 Tension artérielle si connue																								
<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>40 à 63</td> <td>43 à 74</td> <td>45 à 79</td> <td>48 à 84</td> <td>51 à 89</td> <td>54 à 95</td> <td>57 à 100</td> <td>60 à 106</td> <td>63 à 112</td> <td>67 à 117</td> <td>78 à 124</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	40 à 63	43 à 74	45 à 79	48 à 84	51 à 89	54 à 95	57 à 100	60 à 106	63 à 112	67 à 117	78 à 124
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	40 à 63	43 à 74	45 à 79	48 à 84	51 à 89	54 à 95	57 à 100	60 à 106	63 à 112	67 à 117	78 à 124														
11. Au cours des 5 dernières années, avez-vous rempli une proposition d'assurance pour des risques de décès ou d'invalidité <u>ayant donné lieu à un refus, ajournement, restriction, ou majoration</u> ?	En cas de réponse positive, quelle décision a été prise ? Pour quel motif ? Nom de l'Assureur ? Montant assuré ? Date d'effet : Terme : Si majoration quel taux ? % Si réduction de durée, de combien d'année ?																								



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Relatif au contrat N° 7352



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. 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.

DÉCLARATIONS

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 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 déclare être pleinement informé que j'ai la possibilité de transmettre le questionnaire de santé sous pli fermé dans l'enveloppe qui m'a été remise, 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.

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

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 :