

QUESTIONNAIRE DE SANTE A COMPLETER OBLIGATOIREMENT PAR L’AFFILIÉ
Ce dernier ne sera pas utilisé pour les garanties MALADIE-CHIRURGIE-MATERNITE pour lesquelles
l'exonération de la taxe sur les contrats d'assurance maladie est appliquée

Nom : _____ Prénom : _____ né le : _____

Attention : chaque fois que vous répondez OUI à l'une des questions ci-dessous, rappelez son numéro et donnez dans le cadre B toutes les précisions nécessaires, notamment dates, durées, diagnostic, séquelles etc.

Afin de garantir une totale confidentialité, vous pouvez, si vous le souhaitez, compléter seul ce questionnaire puis le remettre à votre conseiller, dans une enveloppe fermée à l'attention du médecin conseil de la compagnie. Toute correspondance concernant votre état de santé vous sera adressée personnellement.

CADRE A	OUI NON		OUI NON					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
1. Votre profession comporte-t-elle des activités particulières ou dangereuses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Avez-vous été soumis à un traitement ou avez-vous connaissance d'affections concernant :					
2. Êtes-vous actuellement en arrêt de travail, au chômage ou sans emploi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a) maladies de l'appareil digestif (colites, hépatite, ulcère) ?	<input type="checkbox"/>				
3. Des propositions d'assurance sur votre tête ont-elles été refusées, ajournées, acceptées avec surprimes ou restrictions ? Si oui, auprès de quelles compagnies, quand et pourquoi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b) maladies cardiaques et de l'appareil circulatoire (hypertension artérielle, infarctus, douleurs thoraciques, artérite, anomalie du rythme ou des valves cardiaques, cardiopathie, phlébites, embolie)	<input type="checkbox"/>				
4. Faites-vous l'objet d'un suivi médical ? Prenez-vous actuellement des médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c) maladies des yeux ou des oreilles (cécité congénitale, cataracte, glaucome, surdité) ?	<input type="checkbox"/>				
5. Vous savez-vous atteint d'une maladie, d'une infirmité ou d'une affection quelconque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d) maladies du système respiratoire (bronchite, chronique, asthme, tuberculose, pleurésie, pneumonie, toux, crachat de sang, insuffisance respiratoire) ?	<input type="checkbox"/>				
6. Avez-vous été, au cours des 5 dernières années, incapable de travailler plus de 30 jours consécutifs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e) maladies de la peau, des os et des articulations (lombalgie, sciatique, polyarthrite, tumeur ou cancer, lumbago, hernie discale, arthrose) ?	<input type="checkbox"/>				
7. Vous a-t-on informé que vous deviez subir des tests de diagnostic, être hospitalisé ou opéré dans le futur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f) maladies du cerveau ou du système nerveux (dépression, épilepsie, vertiges, paralysie, congestion cérébrale, perte de mémoire, troubles mentaux) ?	<input type="checkbox"/>				
8. Etes-vous titulaire d'une pension d'invalidité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g) maladies de l'appareil urinaire (prostate, calculs, albumine, sucre ou sang dans les urines, coliques néphrétiques, insuffisance rénale) ?	<input type="checkbox"/>				
9. Parmi les bilans sanguins effectués au cours des 5 dernières années, certains résultats présentaient-ils des anomalies ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h) maladies de l'appareil génital ou des seins (pour les femmes : tumeurs, kystes, mastose etc. ; pour les hommes : tumeurs, kystes) ?	<input type="checkbox"/>				
10. Êtes-vous : <input type="checkbox"/> gaucher <input type="checkbox"/> droitier <input type="checkbox"/> ambidextre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i) autres maladies éventuelles, (diabète, goutte, excès de cholestérol, maladies du sang, anémie, leucémie, affection thyroïdienne) ?	<input type="checkbox"/>				
11. En fonction de votre taille, votre poids dépasse-t-il la limite indiquée dans le tableau ci-dessous ? SI OUI Indiquez votre poids kgs et votre taille cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Avez-vous connaissance d'autres informations concernant votre état de santé qui n'aient pas été mentionnées dans le présent questionnaire ?	<input type="checkbox"/>				
TAILLE EN CENTIMETRES	140-150	151-155	156-160	161-165	166-170	171-175	176-180	Plus de 180
POIDS MAXIMUM EN KILOGRAMMES	60	65	75	80	85	90	95	100

CADRE B

Je certifie que toutes les déclarations ou réponses au présent questionnaire sont sincères et, à ma connaissance, complètes et exactes.

Je déclare ne pas ignorer que si, dans l'appréciation des risques GENERALI Assurances Vie 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 (art. L. 113-8).

Dans le cadre des formalités d'adhésion, je m'engage à communiquer au médecin conseil de la compagnie toutes les informations d'ordre médical provenant des médecins que j'ai consultés dont il pourrait avoir besoin.

Je reconnais être informé que les réponses faites à ce questionnaire sont à l'usage des services médicaux de GENERALI Assurances Vie.

Fait à : _____, le _____

Signature de l'Affilié
(précédée des mots "Lu et approuvé")



Courtage d'Assurances
 235, Cours Lafayette - 69006 LYON
 Tél. 04 72 83 05 83
 Fax 04 72 83 05 84
 www.cofape.com
 SIRET 393 961 339 00016 - APE 672 Z