

QUESTIONNAIRE SIMPLIFIE

Nom, prénom :	<i>zone à remplir</i>
Date de naissance :	

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1/ Etes-vous actuellement en incapacité de travail ? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| 2/ Etes-vous actuellement en invalidité ? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| 3/ Etes-vous atteint d'une infirmité (congénitale ou acquise) ? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| 4/ Etes-vous titulaire d'une pension d'invalidité militaire, civile ou d'accidenté du travail ? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| 5/ Etes-vous pris en charge à 100% par la sécurité sociale ou par un organisme assimilé pour raison médicale ? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| 6/ Etes-vous atteint d'une maladie et/ou avez-vous eu un accident ayant provoqué des arrêts de travail supérieurs à 30 jours ? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| 7/ Etes-vous atteint d'une maladie: | | |
| a/ cardiovasculaire ? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| b/ du sang ? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| c/ des ganglions ? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| d/ de la rate ? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| e/ respiratoire ? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| f/ urinaire ou génitale ? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| g/ rénale ? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| h/ digestive ? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| i/ nerveuse ? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| j/ neuropsychique ? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| k/ ostéoarticulaire ? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| l/ endocrinienne ou métabolique ? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| m/ de la peau ? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| n/ nutritionnelle ? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| o/ infectieuse sévère ou compliquée ? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| p/ parasitaire ou mycose ? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| 8/ Etes-vous dans l'attente d'une intervention chirurgicale ? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| 9/ Etes-vous supprimé, ajourné par un assureur à propos d'une assurance de ce type ? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| 10/ Pratiquez-vous un sport dit à risque ? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| 11/ Exercez-vous une profession dite à risque ? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| 12/ Fumez-vous ? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |

Je certifie que les réponses ci-dessus sont exactes, sincères et complètes même si elles ont été pré imprimées.

J'ai pleinement conscience que dans le cas contraire j'aurais commis des réticences et des fausses déclarations pouvant entraîner la nullité de l'assurance (article L 113-8 du code des assurances) et qu'en apposant ma signature je fais miennes ces réponses, sachant qu'en cas de réponse ne correspondant pas à la réalité, je m'interdis de signer ce document.

Je reconnais que le présent document est transmis à l'attention du service médical acceptation de la compagnie et ne pourra être transmis, pour la gestion de l'assurance, qu'à l'un des services de la compagnie habilité à traiter des informations médicales, ainsi qu'aux seuls services médicaux de l'un des gestionnaires, co-assureurs ou réassureurs pouvant intervenir dans cette gestion, ce que j'accepte expressément.

Je reconnais également être informé de la possibilité d'adresser ce document directement sous pli cacheté au service médical acceptation de la compagnie.

Avertissement : Pour apprécier votre risque, la compagnie a besoin d'être renseignée, sur TOUS vos antécédents de santé, notamment sur vos facteurs de risque et de fragilisation. Vous devez donc lui exposer EXACTEMENT conformément au questionnaire complété par les précisions médicales y faisant suite, TOUS les faits et circonstances relatifs à votre santé actuels et passés SANS AVOIR A JUGER DE LEUR GRAVITE.

Les informations collectées dans ce document sont soumises au droit d'accès et de rectification prévu par la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, relative aux fichiers et aux libertés. Ce droit peut être exercé au siège de GENERALI.

L'Assuré
