

GRILLE DE FORMALITES MEDICALES

En fonction du montant total des capitaux déjà assurés et à assurer chez GENERALI (tous contrats confondus) et de l'âge à l'adhésion, la personne à assurer doit fournir :

MONTANT EN EUROS	Age de l'assuré à l'adhésion		
	jusqu'à 45 ans	46 - 65 ans	+ de 65 ans
Capital assuré ≤ 100 000 €	QS		
de 100.001€ à 200.000€	QS		QS + RM
de 200.001€ à 300.000€	QS		QS + RM
de 300.001€ à 500.000€	QS+RM+BS0		QS+RM+BS0+ECG1
de 500.001€ à 2.000.000€	QS+RM+BS1+EU+ECG1	QS+RM+BS1+EU+ECG2	
de 2.000.001 à 5.000.000€	QS+RM+BS1+EU+ECG2		QS+RM+BS1+EU+ECG3
5 000 000€ < Capital assuré	QS+RM+BS1+EU+ECG2+BZ		QS+RM+BS1+EU+ECG3+BZ

NB: Les examens médicaux ont une durée de validité de 6 mois

QS	Questionnaire de santé
RM	Rapport médical par médecin agréé par la Cie ou médecin librement choisi par la personne à assurer, comprenant analyse d'urines par bandelettes réactives
EU	Examen d'urines (recherche dans les urines): Sucre, Albumine, Leucocytes, Sang, Cytobactériologie des urine
BS0	Bilan sanguin (formule 0)
BS1	Bilan sanguin (formule 1)
ECG1	Electrocardiogramme de repos avec compte rendu du cardiologue (avec tracés et conclusions du cardiologue)
ECG2	ECG1+ Electrocardiogramme d'effort avec compte rendu du cardiologue en l'absence de toute contre indication médicale (avec tracés et conclusions du cardiologue)
ECG3	ECG1+ ECG2 + Echocardiographie avec son compte rendu
BZ	recherche de cocaïne dans les urines
BS0 <i>Bilan sanguin formule 0</i>	Numération et Formule Sanguine, Plaquettes, Vitesse de sédimentation, Cholestérol Total / HDL, glycémie à jeun, Triglycérides, Créatinine, ASAT, ALAT, GGT et sérologie H.I.V. 1 et 2
BS1 <i>Bilan sanguin formule 1</i>	BS0 + dosage de la protéine C réactive, acide urique, phosphatase alcaline, Marqueurs de l'hépatite B (Ag Hbs) et de l'Hépatite C (AC anti-VHC). Pour les hommes de + de 50 ans dosage de l'Antigène Spécifique de la prostate

Formalités financières Le rapport confidentiel et financier, ainsi que les justificatifs et toute la documentation sont exigés à partir de 2.000.000€

5a. Êtes-vous actuellement en arrêt de travail même partiel ? _____		5a. Depuis quelle date ? _____ Pour quel motif ? _____																								
5b. Avez-vous au cours des cinq dernières années, interrompu votre travail pendant plus de trois semaines consécutives ou plus de quatre-vingt-dix jours cumulés sur une année ? _____		5b. À quelle date ? _____ Pour quel motif ? _____ Durée ? _____																								
5c. Êtes-vous actuellement sous traitement ou surveillance médicale (y compris dans le cadre d'une grossesse pathologique) ? _____		5c. Depuis quelle date ? _____ Pour quel motif ? _____																								
6. Au cours des dix dernières années, avez-vous été hospitalisé pour maladie ou accident ou pour subir une intervention chirurgicale ou un examen spécifique (en dehors des végétations, dents de sagesse, déviation de la cloison nasale, appendicite aiguë ou IVG). Si oui, précisez. _____		À quelle date ? _____ Pour quel motif ? _____ Nature et résultats, en cas d'examens spécifiques _____ Durée ? _____																								
7. Avez-vous fait l'objet d'examens paracliniques au cours des dix dernières années (tests en laboratoires, examens spécifiques ou autres investigations) ayant révélé des anomalies ? Si oui, précisez. _____		Lesquels ? _____ À quelle date ? _____																								
8. 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 ? _____		À quelle date ? _____ Lequel ? _____																								
9. A votre connaissance devez-vous être hospitalisé ou vous soumettre à des examens complémentaires ? Si oui, précisez la nature, le motif et la date. _____		À quelle date ? _____ Pour quel motif ? _____																								
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) _____		_____																								
11. 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 Pression artérielle si connue _____ / _____																								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%;">Taille en centimètres</td> <td style="width:10%;">140 à 150</td> <td style="width:10%;">151 à 155</td> <td style="width:10%;">156 à 160</td> <td style="width:10%;">161 à 165</td> <td style="width:10%;">166 à 170</td> <td style="width:10%;">171 à 175</td> <td style="width:10%;">176 à 180</td> <td style="width:10%;">181 à 185</td> <td style="width:10%;">186 à 189</td> <td style="width:10%;">190 à 195</td> <td style="width:10%;">+ de 196</td> </tr> <tr> <td>Poids en kg</td> <td>35 à 60</td> <td>40 à 65</td> <td>42 à 70</td> <td>45 à 75</td> <td>50 à 80</td> <td>55 à 85</td> <td>60 à 90</td> <td>63 à 95</td> <td>65 à 100</td> <td>70 à 110</td> <td>75 à 120</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	35 à 60	40 à 65	42 à 70	45 à 75	50 à 80	55 à 85	60 à 90	63 à 95	65 à 100	70 à 110	75 à 120		
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	35 à 60	40 à 65	42 à 70	45 à 75	50 à 80	55 à 85	60 à 90	63 à 95	65 à 100	70 à 110	75 à 120															
12. Au cours des 15 dernières années, 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 ? _____		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, à quel taux ? _____ % Si réduction de durée, de combien d'années ? _____																								

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 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 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.

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 :