Groupe zéphir
Société de courtage d'assurances

GENERALI

Generali Vie, Société Anonyme au capital de 299 197 104 euros
Entreprise régie par le Code des assurances - 602 062 481 RCS Paris
Siège Social : 11 boulevard Haussmann - 75009 Paris
Société appartenant au Groupe Generali immatriculé
sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026

Cabinet LASSUREUR- 5 PASSAGE MARCILLY - 71100 CHALON SUR SAONE - ORIAS 09051556

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

Code Conseil : I5983

Identité du Médecin examinateur : Dr _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Identité du proposant : Mr ☐ Mme ☐ Melle ☐

Nom _____ Prénom _____

Nom de jeune fille _____ Né(e) le _____

À : Code postal _____ Ville _____

Adresse actuelle _____

Code postal _____ Ville _____

Nature pièce d'identité _____ Numéro _____

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

Antécédents de santé			Précisions
Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une maladie ou d'une affection ? (répondez par "oui" ou "non" et donnez des précisions en regard de chaque réponse positive aux questions suivantes (type, date de début, durée de la maladie, traitement médical, état de santé actuel ou séquelles éventuelles).	☐ Oui	☐ Non	
1. **Maladies de l'appareil respiratoire :** (notamment : tuberculose, pleurésie, bronchite, syndrome d'apnée du sommeil (SAS), asthme, emphysème, pneumonie) ?	☐ Oui	☐ Non	1.
2. **Maladies du cœur et des vaisseaux :** (notamment : malformations congénitales ou acquises, valvulopathies, arythmie, souffle, infarctus, insuffisance coronaire, maladies du myocarde ou du péricarde, hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, maladies vasculaires, artérite) ?	☐ Oui	☐ Non	2.
3. **Maladies du système digestif :** (notamment : maladies œsophagiennes, ulcères gastriques ou duodénaux, gastro-duodénites, hémorragies gastro-intestinales, colites ulcéreuses, polypes, maladies inflammatoires chroniques intestinales, maladies du foie, des voies biliaires, hépatites virales ou d'autre nature, du pancréas) ?	☐ Oui	☐ Non	3.
4. **Maladies du système génito-urinaire :** (notamment : affection rénale ou urinaire, glomérulonéphrite, calculs, coliques néphrétiques, hématurie, albuminurie) ?	☐ Oui	☐ Non	4.
5. **Affections neurologiques ou psychiques :** (notamment : épilepsie, méningite, anévrisme ou hémorragie cérébrale, paralysie, crises convulsives, maladies mentales, état dépressif, tentatives de suicide, anxiété, sclérose en plaques, migraine, séjour en établissement spécialisé (clinique, psychiatrie, cure de désintoxication), accident vasculaire cérébral) ?	☐ Oui	☐ Non	5.
6. **Affections endocriniennes ou du métabolisme :** (notamment : thyroïde, diabète, dyslipidémie, désordres hormonaux, affections endocriniennes régulièrement suivies et traitées) ?	☐ Oui	☐ Non	6.
7. **Affection sanguine ou ganglionnaire :** (notamment : anémie, polyglobulie, hémophilie, affection hématologique motivant un suivi ou des soins réguliers) ?	☐ Oui	☐ Non	7.

GVP085RPC - Juin 2014 - Gestion des Imprimés

Ce document fait partie intégrante d'un ensemble de 5 pages
dont les 3ème et 5ème comportent la signature du Médecin examinateur et de la personne à assurer (page 3 seulement)

Nom et prénom du proposant _____

Antécédents de santé (suite)			Précisions
8. **Maladies du système immunitaire, maladies infectieuses ou parasitaires :** (notamment : sida, hépatite, maladies tropicales, paludisme, maladie de système ou conjonctivites, maladies sexuellement transmissibles) ?	☐ Oui	☐ Non	8.
9. **Maladies des os et des muscles :** (notamment : maladies ostéo articulaires, des hanches ou de la colonne vertébrale, scoliose, sciatique, rhumatismes, arthrose, hernie discale, tassement vertébral, lombalgies même banales, cervicalgies, dorsalgies, myélopathie dégénérative, tendinopathies chroniques, myopathies, fibromyalgie) ?	☐ Oui	☐ Non	9.
10. **Maladies des yeux :** (notamment : glaucome, rétinopathie, cataracte) ?	☐ Oui	☐ Non	10.
11. **Anomalie ORL :** (notamment : otites, vertiges, surdité, laryngites) ?	☐ Oui	☐ Non	11.
12. **Manifestations allergiques ou immuno-allergiques :** (notamment : eczéma, allergies cutanées), manifestations dermatologiques (lupus, purpura, tumeurs cutanées, psoriasis) ?	☐ Oui	☐ Non	12.
13. Affection tumorale ou toute autre affection justifiant un suivi ou un traitement au long cours ?	☐ Oui	☐ Non	13.
14. Avez-vous fait l'objet d'un traitement par rayons laser ou chimiothérapie ?	☐ Oui	☐ Non	14.
15. Avez-vous eu un accident ? Le cas échéant, veuillez nous indiquer la date et les séquelles éventuelles.	☐ Oui	☐ Non	15.
16. Faites-vous actuellement usage de médicaments ? Lesquels ? Quel dosage ? Durée du traitement ?	☐ Oui	☐ Non	16.
17. Avez-vous fait l'objet d'investigations paracliniques ou d'examens complémentaires (tests sanguins ou urinaires, radiographie, endoscopie, échographie, scanner, ultrasons, électrocardiogramme) dont les résultats n'auraient pas été normaux ? (veuillez le cas échéant joindre copie des comptes rendus de ces examens)	☐ Oui	☐ Non	17.
18. Avez-vous fait l'objet d'examens tels que : angiographie, électroencéphalogramme ou autres investigations non citées précédemment ? Quand ? Pour quel motif ? (veuillez le cas échéant joindre copie des comptes rendus de ces examens)	☐ Oui	☐ Non	18.
19. Avez-vous bénéficié ou formulé une demande en vue de bénéficier de prestations servies au titre de l'invalidité ou de l'exonération du ticket modérateur ? Veuillez le cas échéant indiquer le motif et le degré d'invalidité et joindre la notification.	☐ Oui	☐ Non	19.
20. Votre poids a-t-il varié de plus de 14kg au cours des deux dernières années ? Le cas échéant pour quel motif ?	☐ Oui	☐ Non	20.
21. Avez-vous fait l'objet de transfusion ? quand ? pour quel motif ?	☐ Oui	☐ Non	21.
22. Avez-vous ou non 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 ?	☐ Oui	☐ Non	22.
23a. Êtes-vous actuellement en arrêt de travail pour raison de santé ? Le cas échéant, depuis quelle date ? et pour quel motif ?	☐ Oui	☐ Non	23a.
23b. Avez-vous, au cours des cinq dernières années été en arrêt de travail pour maladie ou accident pendant plus de trois semaines consécutives ou plus de quatre-vingt-dix jours cumulés sur une année ? Le cas échéant, depuis quelle date ? Pour quel motif ?	☐ Oui	☐ Non	23b.
23c. À votre connaissance devez-vous être hospitalisé ou vous soumettre à des examens complémentaires ? Le cas échéant, précisez la nature, le motif et la date.	☐ Oui	☐ Non	23c.
24a. Avez-vous consulté d'autres médecins que votre médecin traitant au cours des cinq dernières années ? Pour quel motif ? A quelle date ?	☐ Oui	☐ Non	24a.
24b. Veuillez indiquer le nom et l'adresse de votre médecin traitant.			24b. Nom Adresse
25. Avez-vous été hospitalisé (hôpital, clinique, sanatorium, maison de santé) ? Le cas échéant précisez les motifs et la durée de l'hospitalisation.	☐ Oui	☐ Non	25.
26. Êtes-vous titulaire d'une pension d'invalidité à titre civil ou militaire? Quel taux ?	☐ Oui	☐ Non	26.
27. S'il existe une anomalie physique, biologique ou clinique, congénitale ou acquise qui n'aurait pas été mentionnée ci-dessus. Veuillez répondre par oui et donner des précisions.	☐ Oui	☐ Non	27.

Nom et prénom du proposant _____

Question réservée aux personnes du sexe masculin			Précisions
28. 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	☐ Non	28._____
Questions réservées aux personnes du sexe féminin			**Précisions**
29. Nombre de grossesses ? Leur déroulement a t-il posé problème ?	☐ Oui	☐ Non	29._____
30a. Êtes vous régulièrement suivie sur le plan gynécologique ? (date du dernier examen).	☐ Oui	☐ Non	30a._____
30b. Une mammographie a t-elle été réalisée ? (date ? résultat ?)	☐ Oui	☐ Non	30b._____
31. Utilisez-vous un moyen de contraception ? Lequel ?	☐ Oui	☐ Non	31._____
32. Êtes-vous l'objet d'investigation ou d'un traitement dans le cadre de l'infertilité ?	☐ Oui	☐ Non	32._____
Mode de vie			**Précisions**
33. Si vous exercez votre activité professionnelle à temps partiel, est-ce pour raisons médicales ?	☐ Oui	☐ Non	33.Motif_____
34. Quelle profession avez-vous exercé par le passé ?			34._____
35. Avez-vous dû changer de profession pour raison de santé ?	☐ Oui	☐ Non	35._____
36. Pratiquez vous une activité sportive ? Laquelle ? A quel niveau ?	☐ Oui	☐ Non	36._____
Avec compétitions ?	☐ Oui	☐ Non	☐ amateur ☐ professionnel
37. Consommez-vous régulièrement des boissons alcoolisées? Combien d'unités par jour (1 unité = 1/2 litre de bière ou 1 verre de vin, 1 apéritif ou 1 digestif) ?	☐ Oui	☐ Non	37.Bière _____ Vin _____ Apéritif/Digestif _____
38. Fumez-vous ? Le cas échéant quelle quantité par jour ?	☐ Oui	☐ Non	38.Cigarettes _____ Cigare _____ Pipe _____
39. Étiez-vous fumeur ? Donnez des précisions sur la nature, la durée, la date à laquelle vous avez cessé de fumer et pour quel motif ?	☐ Oui	☐ Non	39.Cigarettes _____ Cigare _____ Pipe _____
Antécédents d'assurances sur la vie			**Précisions**
40. Avez-vous fait l'objet d'investigations médicales pour des propositions d'assurance sur la vie ?	☐ Oui	☐ Non	40._____
41. Si vous n'avez pas fait l'objet d'une acceptation du risque aux conditions normales, avez-vous fait l'objet de surprime ou de restrictions de garanties ?	☐ Oui	☐ Non	41._____
42. Avez-vous fait l'objet d'un refus de garantie ou d'un ajournement ? À quelle date ?	☐ Oui	☐ Non	42._____

Déclarations 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. 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).

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. À défaut, ma demande d'assurance ne pourrait être prise en considération.

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.

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.

Signature

Fait à _____, le |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Signature et cachet du Médecin examinateur	Signature du proposant (en présence du médecin) : précédée de la mention « relu et approuvé »

GVP085RPC - Juin 2014 - Gestion des Imprimés

Nom et prénom du proposant _____

B - ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL DU PROPOSANT

Mesures			
Taille _____ cm	Poids _____ kg	Périmètre thoracique	Périmètre abdominal
		En expiration _____ cm / En inspiration _____ cm	_____ cm

Aspect général			Précisions
43. Le proposant vous paraît-il en bonne santé ?	☐ Oui	☐ Non	43. _____
44. Infirmités congénitales ou acquises ?	☐ Oui	☐ Non	44. _____
45. Existe t-il une affection de la peau ? Présence de naevi ? Cicatrices ? Siège et origine ?	☐ Oui	☐ Non	45. _____
46. Existe-t-il des adénopathies ?	☐ Oui	☐ Non	46. _____
47. La bouche et la gorge vous paraissent-elles anormales ?	☐ Oui	☐ Non	47. _____
48. La thyroïde vous apparaît-elle anormale ?	☐ Oui	☐ Non	48. _____
49. Ganglions lymphatiques à la palpation ? Présence d'adénopathies cervicales ou inguinales ?	☐ Oui	☐ Non	49. _____
50. Y a t-il une anomalie de la voix ? (rauque, enrouée, voilée)	☐ Oui	☐ Non	50. _____
État des os, articulations et muscles			**Précisions**
51. La masse musculaire vous paraît-elle normale ?	☐ Oui	☐ Non	51. _____
52. Y a t-il une anomalie au niveau des os, articulations, des vertèbres, des membres inférieurs ou supérieurs ? si oui de quelle nature ?	☐ Oui	☐ Non	52. _____
53. Y-a-t-il une anomalie du rachis ?	☐ Oui	☐ Non	53. _____
Système respiratoire			**Précisions**
54. Les données de l'auscultation pulmonaire et de l'examen thoracique sont-elles anormales ?	☐ Oui	☐ Non	54. _____
55. Y a-t-il d'autres anomalies du système respiratoire ?	☐ Oui	☐ Non	55. _____
Système cardiovasculaire			**Précisions**
56. Auscultation du cœur. Y a t-il une anomalie stéthacoustique ? (en cas de souffle, précisez le siège, l'intensité et l'irradiation)	☐ Oui	☐ Non	56. _____
57. Le pouls au repos et la régularité du rythme cardiaque sont-ils anormaux ?	☐ Oui	☐ Non	57. _____ battements/min
58. Tension artérielle traitée ? Tension artérielle au repos (contrôle éventuel après 5 minutes de repos).	☐ Oui	☐ Non	58. Syst._____ Diast._____ mmHg Syst._____ Diast._____ mmHg
59. Hépatomégalie ? OMI (Œdème des membres inférieurs) ?	☐ Oui	☐ Non	59. _____
60. Pouls périphérique, état veineux et troubles trophiques ?	☐ Oui	☐ Non	60. _____
Système digestif			**Précisions**
61. L'examen de l'abdomen présente-t'il une anomalie ?	☐ Oui	☐ Non	61. _____
62. À l'examen, le foie est-il palpable, dur, douloureux ou augmenté de volume ?	☐ Oui	☐ Non	62. _____
63. Hépato ou Splénomégalie ?	☐ Oui	☐ Non	63. _____
64. Hernie ? (siège ? éventration ?) Avec complications ?	☐ Oui	☐ Non	64. _____
Organes génito urinaires			**Précisions**
65. Y a t-il une raison de suspecter l'existence d'une pathologie au niveau des reins, de la vessie ou de l'urètre ?	☐ Oui	☐ Non	65. _____

Nom et prénom du proposant _____

Pour les proposants du sexe masculin			Précisions
66. Anomalie des testicules ?	☐ Oui	☐ Non	66. _____
Éléments suggérant une affection neuropsychique			**Précisions**
67. Troubles neuro-comportementaux, deficit moteur, troubles du langage ?	☐ Oui	☐ Non	67. _____
68. Anomalie des réflexes ostéotendineux ?	☐ Oui	☐ Non	68. _____
69. Anomalie des réflexes pupillaires ?	☐ Oui	☐ Non	69. _____
70. Y a t-il des troubles de la vue ? En cas de myopie ou d'hypermétropie, précisez le degré (correction).	☐ Oui	☐ Non	70. _____
71. Y a t-il un trouble de l'audition associé éventuellement à d'autres troubles (vertiges, otorrhée) ?	☐ Oui	☐ Non	71. _____
Pour les proposants du sexe féminin			**Précisions**
72. L'examen des seins a-t-il révélé une anomalie ?	☐ Oui	☐ Non	72. _____

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

Albumine	Sucre	Sang	Autre anomalie ?

73. Avez-vous mis en évidence les signes d'une affection autre que celles mentionnées ci-dessus ? Le cas échéant, donnez des détails.	☐ Oui	☐ Non	73. _____
74. Des examens complémentaires sont-ils nécessaires pour préciser l'état de santé du proposant ? Le cas échéant lesquels ?	☐ Oui	☐ Non	74. _____

Déclarations

Les garanties ne seront effectives qu'après acceptation du risque

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 M., Mme, Melle _____

Aucun résultat n'a été omis ni modifié.

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.

L'examen médical a été pratiqué à (lieu) _____

Le (date et heure) |__|__|__|__|__|__|__|__| _____

(Hôpital, clinique, Cabinet du Médecin examinateur) _____

Domicile _____

Signature

Fait à _____, le |__|__|__|__|__|__|__|__|

Signature et cachet du Médecin examinateur

Ce questionnaire est valable 6 mois à compter de la date de signature de ce document.

Cabinet LASSUREUR- 5 PASSAGE MARCILLY - 71100 CHALON SUR SAONE - ORIAS 09051556

GVP085RPC - Juin 2014 - Gestion des Imprimés