

# Certificat médical

À remplir par le médecin traitant



**Generali Vie**, Société anonyme au capital de 336 872 976 euros  
Entreprise régie par le Code des assurances - 602 062 481 RCS Paris  
Siège social : 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris  
Société appartenant au Groupe Generali immatriculé  
sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026

N° de contrat \_\_\_\_\_

Nom prénom \_\_\_\_\_

N° de sinistre \_\_\_\_\_

Depuis quelle date l'assuré est-il votre patient ? \_\_\_\_\_

Date des premiers troubles \_\_\_\_\_ Date de constatation médicale \_\_\_\_\_

## Definition contractuelle du risque incapacite temporaire de travail (ITT)

« L'assuré est considéré en état d'incapacité temporaire totale de travail lorsqu'il se trouve dans l'impossibilité absolue, complète et continue, pour raisons médicales justifiées, d'exercer l'ensemble de ses activités professionnelles. Dès lors qu'il peut reprendre partiellement son travail ou a recouvré, dans une mesure quelconque, la faculté de diriger ou surveiller son commerce, sa société ou son exploitation, l'incapacité est définie comme partielle. »

Après avoir lu la définition ci-dessus, pouvez-vous certifier que l'état de santé de votre patient répond entièrement :

A la définition de l'incapacité temporaire totale ?  Oui  Non

A la définition de l'incapacité temporaire partielle ?  Oui  Non

Maladie  Accident  Tentative de suicide

Grossesse pathologique Date présumée d'accouchement \_\_\_\_\_

Précisez les causes (nature de l'affection, coups et blessures) \_\_\_\_\_

Description de l'état de santé actuel \_\_\_\_\_

Soins et traitements en cours \_\_\_\_\_

L'état actuel de l'assuré nécessite-t-il l'aide d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie ?  Oui  Non

La demande d'allocation pour tierce personne est-elle en cours ?  Oui  Non

## Historique de la pathologie du client

L'assuré a-t-il déjà souffert de la même affection par le passé ?  Oui  Non

Si oui à quelles dates ? \_\_\_\_\_

Pour quelles maladies, opérations, accidents, l'assuré a-t-il été traité ? \_\_\_\_\_

Et à quelles dates ? \_\_\_\_\_

Ces dernières années, l'assuré a-t-il :

• été hospitalisé  Oui  Non date \_\_\_\_\_ motif \_\_\_\_\_

• été opéré  Oui  Non date \_\_\_\_\_ motif \_\_\_\_\_

• suivi un traitement  Oui  Non date \_\_\_\_\_ motif \_\_\_\_\_

L'assuré a-t-il des séquelles d'accidents ou de maladies antérieures, ou d'autres antécédents de santé qui auraient pu favoriser la survenance du sinistre (facteurs de risques ou de fragilisation)  Oui  Non

Si oui lesquelles \_\_\_\_\_ et à quelles dates ? \_\_\_\_\_

Ces séquelles aggravent-elles l'état actuel de santé ?  Oui  Non

## Perspectives d'évolution

Prévoyez-vous :

une amélioration  une aggravation  une consolidation  une guérison

Dans quels délais (en mois) ? \_\_\_\_\_

Ce document fait partie intégrante d'un ensemble de 2 pages  
dont la 2<sup>ème</sup> comporte la signature du médecin.

Le présent certificat doit être envoyé à :

Generali - Indemnisation Prévoyance Individuelle - À l'attention du Médecin-Conseil -  
TSA 60006 - 75447 Paris Cedex 09



\* 0 1 0 1 1 \*

# Signature

## 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 GENERALI VIE.

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. À 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.

Le traitement des données de santé récupérées auprès des organismes chargés de la gestion d'un régime de base et dont la finalité est le versement des prestations dans le cadre des contrats de remboursement frais de santé a pour base juridique la protection sociale.

**En remplissant ce questionnaire, 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 disposez du droit de prendre connaissance des informations vous concernant et le cas échéant de demander à les corriger notamment en cas de changement de situation.

Vous disposez également du droit de demander d'effacer ou de limiter l'utilisation de vos données notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires.

Enfin, vous pouvez 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 à l'adresse suivante [droidaccés@generali.fr](mailto:droidaccés@generali.fr) ou à l'adresse postale suivante 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 les conditions générales de votre contrat ou le site [www.generali.fr/donnees-personnelles/information-clientsCollectives](http://www.generali.fr/donnees-personnelles/information-clientsCollectives)

Fait à \_\_\_\_\_, le | | | | | | | | | |

Cachet et signature du médecin

Fait à ma demande lu et approuvé et remis en main propre.

L'Assuré

Ce document fait partie intégrante d'un ensemble de 2 pages  
dont la 2<sup>ème</sup> comporte la signature du médecin.

Le présent certificat doit être envoyé à :

Generali - Indemnisation Prévoyance Individuelle - À l'attention du Médecin-Conseil -  
TSA 60006 - 75447 Paris Cedex 09

