

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ SIMPLIFIÉ

CARDIF

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance _____

Taille : _____ cm Poids : _____ kg

En cas d'adhésion par l'intermédiaire d'un organisme bancaire, vous avez le droit de ne pas remplir ce questionnaire de santé simplifié en agence bancaire.

Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire, vous êtes invité à le transmettre sous enveloppe confidentielle à l'attention du médecin conseil de CARDIF.

OUI NON

1	Au cours des 10 dernières années,		
	Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 21 jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Avez-vous été hospitalisé (y compris des séjours de moins de 24 heures), pour une prise en charge chirurgicale, un traitement, un bilan ou des examens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	En outre, si vous avez choisi l'option sérénité ou sérénité + :		
	Avez-vous été atteint d'affections psychiatriques, de troubles anxio-dépressifs, de cas de fibromyalgie, d'un syndrome polyalgique idiopathique diffus, d'un syndrome de fatigue chronique ayant entraîné un arrêt de travail pendant plus de 2 semaines consécutives ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Avez-vous été atteint d'une affection discale et/ou vertébrale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Au cours des 5 dernières années,		
	Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours sur prescription médicale pour raison de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	A ce jour,		
	Etes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale, pour raison de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Suivez-vous actuellement un traitement médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Devez-vous, à votre connaissance, être hospitalisé, subir une intervention chirurgicale ⁽¹⁾ , un examen médical spécialisé ou un traitement médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Etes-vous atteint d'une maladie de quelque nature que ce soit (hormis affections saisonnières), ou d'un handicap ou d'une malformation congénitale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	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 (HIV) dont le résultat a été positif (c'est-à-dire mettant en évidence une anomalie) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Calculez la différence entre votre taille (exprimée en cm) et votre poids (exprimé en kg). (ex. : 175 - 70 = 105). Si, vous êtes enceinte, merci de prendre votre poids avant la grossesse. Ce résultat obtenu est-il inférieur à 85 ou supérieur à 115 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) Autre que les interventions chirurgicales pour les causes suivantes : appendicite, hernies de la paroi abdominale sans séquelles, hémorroïdes, amygdalites, végétations, déviation de la cloison nasale, césarienne, varices, dents de sagesse, IVG

La validité des présentes déclarations est de 180 jours ; si la date de prise d'effet des garanties doit intervenir ultérieurement, CARDIF pourra demander le renouvellement des formalités d'admission.

Je déclare avoir répondu à toutes les questions de façon complète et sincère. CARDIF se réserve le droit de me demander des justificatifs complémentaires. **Je certifie que les renseignements fournis sont à ma connaissance exacts et prends acte qu'une réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité du contrat d'assurance conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances.**

Conformément aux dispositions de l'article Informatique et Libertés de la notice, les informations recueillies sont obligatoires pour réaliser l'opération d'assurance puis l'exécuter et seront utilisées pour la gestion interne de l'assureur, ses mandataires, courtiers et réassureurs. Elles pourront être communiquées à des prestataires pour l'exécution de travaux effectués pour le compte de l'Assureur. L'assuré peut exercer ses droit d'accès, de rectification et d'opposition en s'adressant à CARDIF - Service Relation Clients France - SH 944 - Prévoyance - 8, rue du Port - 92728 Nanterre en joignant à sa demande la copie d'un justificatif d'identité comportant sa signature.

À _____ Le _____

Signature de la personne à assurer

UFEP
Association régie
par la loi du 1^{er} juillet 1901
sur les Associations et
par les articles L. 141-7
et R. 141 du Code des assurances
Siège social : 1, rue des Fondrières -
92000 Nanterre

CARDIF Assurance Vie
Entreprise régie
par le Code des assurances
S.A. au capital de 688 507 760 € -
732 028 154 RCS Paris
Siège social : 1, boulevard Haussmann
TSA 93000 - 75318 Paris cedex 09
Bureaux : 8, rue du Port -
92728 Nanterre Cedex
Tél. 01 41 42 83 00
Autorité de Contrôle Prudential
61, rue Taitbout - 75009 Paris

CARDIF-Assurances Risques Divers
Entreprise régie
par le code des assurances
S.A. au capital de 14 784 000 € -
308 896 547 RCS Paris
Siège social : 1, boulevard Haussmann
TSA 93000 - 75318 Paris cedex 09
Bureaux : 8, rue du Port -
92728 Nanterre Cedex
Tél. 01 41 42 83 00
Autorité de Contrôle Prudential
61, rue Taitbout - 75009 Paris

CBP Solutions
S.A.S au capital de 336 480 €
433 841 285 RCS Nantes
Siège Social : 7, rue Félibien
BP 11615 - 44016 Nantes Cedex 1
Courtier et gestionnaire du contrat,
N° ORIAS 07 009 023

