



OUI	NON	COMMENTAIRES
-----	-----	--------------

f- Digestive : maladie de Crohn, ulcère gastrique, polypes, reflux gastro-oesophagien, diverticules, hernie, foie, cirrhose, pancréas, vésicule biliaire, oesophage, estomac, intestin, colon ou rectum ou toute autre affection de l'appareil digestif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g- Neuro-musculaire : épilepsie, myopathie, méningite, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, vertiges, paralysie, maladie d'Alzheimer, neuropathie, anomalie de la moelle osseuse, accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire ou toute autre affection du système nerveux ou musculaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h- Cancer : leucémie, maladie de Hodgkin, lymphome, tumeur bénigne et/ou maligne ou toute autre affection cancéreuse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i- Endocrino-métabolique : thyroïde, hypophyse, diabète, élévation du taux de cholestérol, triglycérides, acide urique, goutte, ou toute autre affection du système endocrinien ou métabolique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j- Urino-rénale : albuminurie, voies urinaires, coliques néphrétiques, insuffisance rénale, pyélonéphrite, protéinurie ou toute autre affection du système urinaire et rénal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
k- Génitale : endométriose, prostatite, adénome, fibrome ou toute autre affection gynécologique ou uro-génitale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
l- Nerveuse : dépression, troubles névrotiques, troubles obsessionnels compulsifs, spasmophilie, stress, anxiété, névrose, psychose, schizophrénie, fibromyalgie, troubles alimentaires, tentatives de suicide ou toute autre affection psychique ou psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
m- Autres maladies : hépatite, paludisme, anémie, trouble de la coagulation ou toute autre maladie infectieuse, virale, parasitaire, maladie sexuellement transmissible, hématologique ou autres maladies non précisées ci-dessus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>3</b>	<b>Au cours des 5 dernières années,</b>			
	a- 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"/>	
	b- Avez-vous effectué des investigations médicales (analyse de sang, radiographie, électrocardiogramme, artériographie, coloscopie, fibroscopie, scintigraphie, IRM, mammographie, ou autres) qui ont nécessité ou qui nécessitent une surveillance médicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ? _____ Quand (mois/année) ? _____ Durée ? _____

<b>4</b>	<b>A ce jour,</b>			
	a- Etes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale, pour raison de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ? _____ Depuis quand ? : _____
	b- Suivez-vous actuellement un traitement médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel : _____ Pourquoi ? _____ Depuis quand ? : _____
	c- Devez-vous, à votre connaissance, être hospitalisé, subir une intervention chirurgicale <sup>(1)</sup> , un examen médical spécialisé ou un traitement médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motif : _____



		OUI	NON	COMMENTAIRES
5	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"/>	Maladie : _____ Depuis le : _____
6	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"/>	Si oui, nature des examens, pourquoi, date, résultats _____ _____
7	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"/>	
8	a- Etes-vous fumeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, quantité journalière ? _____ Si non, date et motif éventuel d'arrêt ? _____
	b - Consommez-vous des boissons alcoolisées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, quantité journalière ? _____
9	a- Etes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100% pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale au cours des 15 dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ? _____ Quand (mois/année) ? _____ Durée ? _____
	b- 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"/>	Pourquoi ? _____ Depuis quelle date ? : _____ À quel taux ou quelle catégorie ? _____ Quel est l'organisme qui vous verse la prestation ? _____
10	Avez-vous été accidenté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, à quelle date, circonstances et localisation des séquelles éventuelles (genou, épaule par exemple) _____ _____

(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 vous demander des justificatifs complémentaires.

**Je certifie que les renseignements fournis sont à sa connaissance exacts et prend acte qu'une réticence ou fausse déclaration intentionnelle de sa part 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 CARDIF, ses mandataires, courtiers et réassureurs. Elles pourront être communiquées à des prestataires pour l'exécution de travaux effectués pour le compte de CARDIF. L'assuré peut exercer son droit d'accès et de rectification en s'adressant à CARDIF - Service Relation Clients France - SH 944 - Prévoyance - 8, rue du Port - 92728 Nanterre Cedex, 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<sup>er</sup> 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

