

Établi par le Docteur \_\_\_\_\_  
à \_\_\_\_\_  
Référence du dossier \_\_\_\_\_

Avis du médecin Conseil de CARDIF

## DÉCLARATIONS DE LA PERSONNE À ASSURER

(LE MÉDECIN DOIT INSCRIRE LUI-MÊME LES RÉPONSES)

Nom et prénom (suivi s'il y a lieu du nom d'époux) : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F   
Date de naissance et nationalité : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

Situation de famille : \_\_\_\_\_ Profession : Actuelle : \_\_\_\_\_ Antérieure : \_\_\_\_\_

Sports pratiqués régulièrement : \_\_\_\_\_

Avez-vous séjourné ou résidé à l'étranger à titre professionnel ou dans un but humanitaire (sauf dans les pays de l'Union Européenne, Suisse, Norvège, Islande, États-Unis, Canada, Japon, Australie, Nouvelle Zélande) ou envisagez-vous de le faire au cours des 12 prochains mois :

Si oui, où : \_\_\_\_\_

Quand : \_\_\_\_\_

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

Commentaires

1	Consommez-vous des boissons alcoolisées ? Quantité par jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> vin _____ cl	<input type="checkbox"/> bière _____ cl	<input type="checkbox"/> apéritif _____ cl	<input type="checkbox"/> alcool _____ cl
	Fumez-vous ? Combien par jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> cigarettes _____	<input type="checkbox"/> cigares _____	<input type="checkbox"/> pipes _____	
	Taille _____ cm	Poids _____ kg		Tension artérielle habituelle _____ / _____			

2	Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des symptômes suivants :	Quand ?	Combien de temps ?	Évolutions ?	Séquelles ?
1.	tuberculose, paludisme, amibiase, maladies sexuellement transmissibles, infection consé- quence d'une immuno-déficience acquise (SIDA) ou toute autre maladie infectieuse ou parasitaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2.	diabète, hypercholestérolémie, goutte, affection de la thyroïde (goitre) ou toute autre atteinte du système endocrinien ou du métabolisme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.	anémie, anomalie de la coagulation, leucémie ou toute autre maladie du sang ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4.	dépression, stress, anxiété, surmenage, névrose, tentative de suicide, psychose, schizophrénie, anorexie mentale, boulimie ou toute autre atteinte psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5.	paralysie, accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire, épilepsie, sclérose en plaques ou toute autre maladie du système nerveux ou des muscles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6.	surdité, troubles de la vue ou toute autre maladie de l'oreille, du nez, de la gorge ou de l'oeil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nature ? _____ Degré ? OG ___/10 OD ___/10 Correction : OG ___/10 OD ___/10 Perte de décibels ? _____	
7.	malformation ou souffle cardiaque, douleurs thoraciques, palpitations, artérite, varices veineuses, hypertension artérielle, mala- die coronarienne, infarctus du myocarde, troubles du rythme ou toute autre maladie de l'appareil cardiovasculaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8.	bronchite chronique, asthme, emphy�me ou toute autre maladie de l'appareil respiratoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		



2	Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des symptômes suivants :			Quand ?	Combien de temps ?	Évolutions ?	Séquelles ?
	9. hémorragie digestive, affections de l'oesophage, de l'estomac, de l'intestin, du côlon, du rectum, du foie (hépatite, cirrhose), de la vésicule ou des voies biliaires, du pancréas, hernie ou toute autre maladie de l'appareil digestif ou atteinte de l'abdomen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	10. albuminurie, affections des reins, des voies urinaires (coliques néphrétiques, cystite), des organes génitaux ou toute autre maladie de l'appareil urogénital ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	11. psoriasis, kyste ou toute autre maladie de la peau ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	12. ostéoporose, lumbago, hernie discale, sciatique, arthrose, douleurs dorsales ou toute autre maladie des os ou des articulations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

				Quoi ?	Quand ?	Évolutions ?	Séquelles ?
3	1. Avez-vous subi un traitement par substances radioactives, une chimiothérapie ou une transfusion sanguine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	2. Avez-vous été accidenté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	3. Avez-vous été opéré ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

4	1. Pour les personnes de sexe féminin : Grossesses antérieures ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date ? _____ Combien ? _____ Complications éventuelles ? _____
	2. Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De combien de mois ? _____ Complications éventuelles ? _____

5	1. Suivez-vous actuellement un traitement médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel ? _____ Pourquoi ? _____ Depuis quand ? _____
	2. Recevez-vous des soins médicaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? _____ Pourquoi ? _____
	3. Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 21 jours au cours des 10 dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel ? _____ Pourquoi ? _____ Quand (mois/année) ? _____ Durée ? _____
	4. Avez-vous consulté un médecin au cours des 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Pourquoi ? _____
	5. Devez-vous être hospitalisé prochainement ou subir une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Motif ? _____

6	1. Avez-vous subi, au cours des 5 dernières années, un électrocardio-gramme, une radiographie du thorax, une analyse du sang, une analyse des urines ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, lesquels ? _____ Quand ? _____ Résultat ? _____
	2. Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies VHB, VHC (hépatites), VIH dont le résultat se serait révélé positif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, lequel ? _____ Résultat des tests ? _____ Date ? _____
	3. Avez-vous été soumis à d'autres investigations (par exemple électro-encéphalogramme, scanner, scintigraphie, artériographie, autres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Lesquelles ? _____ Résultat ? _____



OUI	NON
-----	-----

Commentaires

7	1. Etes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale, pour raison de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ? _____ Depuis quand? _____
	2. Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours sur prescription médicale pour raison de santé au cours des 10 dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En cas de réponse positive, préciser pour chacun des arrêts : Pourquoi ? _____ Quand (mois/année) ? _____ Durée ? _____
	3. 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"/>	Depuis quelle date ? _____ Pourquoi ? _____ A quel taux ou quelle catégorie ? _____ Quel est organisme qui vous verse la prestation ? _____
8	1. Êtes-vous actuellement titulaire d'assurances de personnes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	2. Montant des garanties (décès, incapacité de travail, invalidité) ? (si besoin, merci de joindre un document descriptif daté et signé par la personne à assurer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	3. Conditions d'acceptation (tarif normal, motif en cas de refus, ajournement, restriction, surprime) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	4. Avez-vous autre chose à déclarer concernant votre état de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	5. Quel est votre médecin habituel (adresse) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

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.

A \_\_\_\_\_, Le \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

**Signature de la personne à assurer**

**Pour attestation de l'exacte transcription de l'anamnèse,  
Signature et cachet du médecin examinateur**

# EXAMEN MÉDICAL

LE MÉDECIN EST PRIÉ DE RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS ET DE COMMENTER LES ÉVENTUELS ÉTATS PATHOLOGIQUES OU ANORMAUX

**OUI NON**

**Commentaires**

<b>9</b>	Avez-vous déjà soigné la personne à assurer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Pourquoi ? _____
----------	---	--------------------------	--------------------------	-----------------------------------

<b>10</b>	<b>CONSTITUTION</b>			
	1. Taille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ cm (résultat de la mensuration)
	2. Poids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ kg (résultat de la pesée)
	3. Périmètre du thorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ cm en inspiration    _____ cm en expiration
	4. Circonférence de l'abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ cm

<b>11</b>	<b>GÉNÉRALITÉS</b>			
	1. Existe-t-il des anomalies congénitales et de la croissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles ? _____
	2. Y a-t-il des difformités ou des malformations (thorax, colonne vertébrale, membres, autres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles ? _____

<b>12</b>	<b>HABITUDES</b>			
	1. Les occupations ou les habitudes de la personne à assurer peuvent-elles nuire à sa santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles ? _____
	2. Y a-t-il des signes suggérant une consommation d'alcool excessive, des indices d'abus de tabac, de médicaments ou d'usage de stupéfiants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? _____

<b>13</b>	<b>SYSTÈME ENDOCRINIEN ET MÉTABOLISME</b>			
	1. Votre examen met-il en évidence une anomalie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? _____
	2. Taux de cholestérol*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Total _____ g/l    HDL _____ g/l

<b>14</b>	<b>PSYCHIATRIE</b>			
	Y a-t-il des troubles du comportement ou des signes pouvant évoquer une affection psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? _____

<b>15</b>	<b>SYSTÈME NERVEUX ET MUSCLES</b>			
	Constatez-vous une symptomatologie évocatrice d'une atteinte du système nerveux ou d'une myopathie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? _____

<b>16</b>	<b>ORGANES DES SENS</b>			
	1. Y a-t-il une affection de l'appareil auditif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? _____ D. <input type="checkbox"/> G. <input type="checkbox"/>
	2. Y a-t-il une baisse de l'acuité auditive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Degré ? _____ D : _____ G : _____
	3. Y a-t-il une affection des yeux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? _____
	4. Nécessite-t-elle une correction ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acuité avant correction ? OD _____ OG _____ Acuité après correction ? OD _____ avec _____ dioptries Acuité après correction ? OG _____ avec _____ dioptries
	5. La langue, le pharynx et les amygdales ont-ils un aspect pathologique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel ? _____

\* Si connu ou joindre un bilan déjà réalisé.



17 APPAREIL CARDIOVASCULAIRE				
1. Y a-t-il des troubles du rythme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? _____ _____	
2. Les bruits du coeur sont-ils anormaux (dédoublément, roulement, autres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intensité ? _____	
3. Entendez-vous un souffle cardiaque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Systolique <input type="checkbox"/> où ? _____ intensité ? _____ Diastolique <input type="checkbox"/> où ? _____ intensité ? _____	
4. Le souffle est-il organique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diagnostic ? _____ Siège ? _____	
5. Existe-t-il une anomalie du pouls radial, carotidien, fémoral, tibial, postérieur ou pédieux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Droit <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> Cause ? _____ Importance ? _____	
6. Troubles du système veineux, oedème, troubles trophiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? _____ Importance ? _____	
TENSION ARTÉRIELLE				
1. Est-elle ou a-t-elle été traitée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Systolique _____ Diastolique _____ Si oui, depuis quand ? _____	
2. Fréquence du pouls :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ /mn	
a. Si fréquence inférieure à 60, veuillez effectuer une prise du pouls à l'effort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résultat ? _____	
b. Si les chiffres tensionnels sont supérieurs à 15/9 ou la fréquence du pouls supérieure à 90, veuillez effectuer un contrôle en fin d'examen, après repos.				
<b>Contrôle éventuel :</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Systolique _____ Diastolique _____ Diastolique _____ /mn	
18 APPAREIL RESPIRATOIRE				
1. Votre examen met-il en évidence une anomalie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, laquelle ? _____	
2. Un examen radiologique a-t-il mis en évidence une anomalie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, laquelle ? _____	
19 APPAREIL DIGESTIF				
1. La palpation de l'abdomen décèle-t-elle une anomalie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? _____	
2. Le foie est-il agrandi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De combien de cm ? _____ Consistance ? _____	
3. La rate est-elle agrandie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Palpable ? _____ cm Cause ? _____	
4. Y a-t-il une hernie, une éventration ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Siège ? _____ Bilatérale ? non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	
20 APPAREIL UROGENITAL				
1. Examen de l'urine : (bandelette si ECBU non nécessaire)			autres substances anormales	
a. albumine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dosage éventuel _____ g/l	_____
b. sucre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dosage éventuel _____ g/l	_____
c. sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
d. pus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
2. Y a-t-il des indices d'une affection des organes génitaux ou des seins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? _____	
3. Un toucher rectal a-t-il été effectué ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A-t-il mis en évidence des anomalies ? non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Si oui, lesquelles ? _____	



OUI	NON
-----	-----

Commentaires

<b>21</b>	<b>PEAU</b>			
	Y a-t-il une affection cutanée ou des phanères ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? _____
<b>22</b>	<b>GANGLIONS LYMPHATIQUES</b>			
	Y a-t-il une augmentation de volume des ganglions lymphatiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Siège ? _____ Origine ? _____
<b>23</b>	<b>OS, ARTICULATIONS ET TISSU CONJONCTIF</b>			
	Votre examen met-il en évidence une anomalie des os, articulations et du tissu conjonctif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? _____
<b>24</b>	<b>CONCLUSION</b>			
	1. Estimez-vous que le pronostic vital de cette personne est altéré ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	2. Faites-vous des réserves sur les risques d'invalidité totale ou partielle ou d'incapacité de travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	3. Remarques spéciales et suggestions :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**Important**

CARDIF invite le médecin à s'abstenir, à l'égard de la personne à assurer ou de l'intermédiaire en assurance, de toute remarque qui pourrait faire préjuger de la décision de l'Assureur.

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.

A \_\_\_\_\_, Le \_\_\_\_\_ 20\_\_

**Signature du médecin examinateur**

**Cachet du médecin examinateur**

**QUELLES QUE SOIENT LES RÉPONSES DONNÉES DANS CE QUESTIONNAIRE,  
VOUS ÊTES INVITÉ À LE TRANSMETTRE SOUS ENVELOPPE CONFIDENTIELLE CI-JOINTE  
À L'ATTENTION DU MÉDECIN CONSEIL DE CARDIF.**

**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

