

CONTRAT GROUPE UGIP GLOBAL+

DÉCLARATION DE BONNE SANTÉ AU CONTRAT GROUPE À ADHÉSION FACULTATIVE

UGIP GLOBAL+ N°0139 FACL (POUR LES ASSURÉS DE MOINS 51 ANS ET MAXIMUM 300.000 € PAR TÊTE ASSURÉE)

Le questionnaire doit obligatoirement être rempli et signé par l'Assuré. Il doit être répondu sans rature ni surcharge à toutes les questions. Les traits tirés et les mentions RAS ou « néant » ne constituent pas une réponse. Les conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration, sont celles prévues par le Code des Assurances, article L 113.8 – nullité du contrat – reproduit ci-dessous :

« Indépendamment des causes ordinaires de nullité et sous réserve des dispositions de l'article L 132-26, le contrat est nul en cas de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre »

ASSURÉ(E) Nom : Prénom :

Date de naissance :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Pratiquez-vous un ou des sports (y compris motorisés et/ou aériens) ? OUI NON Si oui, le(s) quel(s)

En compétition ? OUI NON - Souhaitez-vous être garanti(e) pour ce(s) risque(s) ? OUI NON

Devez-vous résider, et/ou être amené à voyager, à titre professionnel ou dans un but humanitaire, en dehors des pays de l'Union Européenne, de la Suisse, des Etats-Unis, du Canada et du Japon ? OUI NON (Si réponse «Oui» à cette question, veuillez compléter le questionnaire - «Risque de Séjour»)

EN CAS DE RÉPONSE POSITIVE À AU MOINS UNE DES QUESTIONS CI-DESSOUS VEUILLEZ COMPLÉTER LE FORMULAIRE "QUESTIONNAIRE MÉDICAL"

RÉPONSE

Êtes-vous atteint ou avez-vous été atteint :

1

- D'une maladie cardiaque ou vasculaire, d'hypertension artérielle, d'excès de cholestérol ?
- D'une affection neuro psychique, d'une affection neurologique, d'une dépression, anxiété, tentative de suicide, surmenage, stress, névrose, psychose, ou toute autre atteinte psychiatrique ?
- D'une affection respiratoire, d'une affection rénale ?
- D'une tumeur, d'une maladie du sang (exemples : maladie de hodgkin, lymphome, leucémie...) ?
- D'un diabète, d'une affection digestive, d'une affection hépatique ?
- D'ostéoporose, lumbago, lombosciatique, hernie discale, arthrose, douleurs dorsales, ou toute autre maladie des os ou des articulations ?
- D'une infirmité ou d'une invalidité ?

2

- Etes-vous actuellement en incapacité de travail totale ou partielle (y compris en mi-temps thérapeutique) suite à maladie ou accident ou l'avez-vous été au cours des 5 dernières années pour une durée supérieure à 3 semaines continues (hors congé légal de maternité) ?

3

- Etes-vous actuellement traité ou suivi, ou l'avez-vous été au cours des 5 dernières années pour une durée supérieure à 30 jours continus ?

4

- Avez-vous subi au cours des 10 dernières années, une intervention chirurgicale (à l'exclusion de l'ablation des végétations, des dents de sagesse, des amygdales, de l'appendice) ?

5

Au cours des 6 prochains mois, devez-vous subir une intervention chirurgicale, ou effectuer des investigations médicales, notamment électrocardiogramme, examens de laboratoire, endoscopie, échographie (sauf suivi normal d'une grossesse), scintigraphie, scanner

6

- Bénéficiez-vous d'une prise en charge à 100 % par la Sécurité Sociale ou d'une rente d'invalidité d'un taux supérieur à 10 % ?

7

- Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies VHB, VHC (hépatites), VIH 1 et 2 qui se soit révélé positif ?

Je certifie que les réponses sont sincères et véritables et affirme n'avoir rien dissimulé qui puisse induire en erreur la société d'assurance et risquer de fausser la décision qu'elle doit prendre au sujet de l'assurance proposée. Conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 dite «Informatique et libertés» modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, je suis informé(e) que le responsable du traitement des données personnelles est GENWORTH ASSURANCES. L'exercice des droits d'accès et de rectification prévus par les articles 39 et 40 de la loi précitée, s'effectue auprès du Médecin conseil du service médical d'UGIP 73-75 Rue Brillat-Savarin 75013 PARIS. Les données personnelles recueillies seront exclusivement utilisées pour le traitement du dossier, dans le strict respect du secret médical, par UGIP et par GENWORTH ASSURANCES, destinataires, avec ses mandataires et réassureurs, de l'information. Le défaut de réponse aux questions peut avoir pour conséquence le non examen du dossier.

Fait à :

Le :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signature de la main de la personne à assurer précédée de la mention
« Lu et approuvé »

DECLARATION SPECIALE NON-FUMEUR

Je soussigné(e) déclare ne pas avoir fumé de cigarettes, cigares ou pipes au cours des 24 derniers mois. Je déclare, également, que je n'ai pas dû arrêter de fumer suite à la demande expresse du corps médical. Cette déclaration fait partie intégrante de mon contrat d'assurance.

Fait à :

Le :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signature de la main de la personne à assurer précédée de la mention
« Lu et approuvé »