

# CONTRAT GROUPE UGIP GLOBAL+

## DÉCLARATION À COMPLÉTER ET À SIGNER PAR LA PERSONNE À ASSURER

Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire, vous pouvez les transmettre (sous pli cacheté dans l'enveloppe ci-jointe) au Médecin Conseil du service médical d'UGIP. Cependant si parmi les réponses que vous avez données, au moins l'une d'entre elles concerne une maladie dont vous souffrez actuellement ou avez souffert dans le passé, ou encore les suites d'un accident antérieur, ou se rapporte à un traitement en cours, vous êtes formellement invité à transmettre ce questionnaire (sous pli cacheté dans l'enveloppe ci-jointe) au Médecin Conseil du service médical d'UGIP. Dans ce cas, vous utilisez l'enveloppe jointe à destination du médecin conseil d'UGIP.

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 »**

Nom ..... Prénom .....

Date de naissance           Email .....

■ Quelle est votre profession exacte ? .....

■ Dans l'exercice de votre profession :

- Faites-vous plus de 15.000 km par an ? Oui  Non

- Etes-vous amené à voyager à l'étranger ? Oui  Non  (Si Oui Compléter les questionnaires « déplacements Professionnels et Risque de Séjour »)

Si Oui, dans quels pays ? .....

■ Comporte-t-elle l'utilisation ou la manipulation d'engins mécaniques, de produits à risques, d'échafaudages et autres travaux à risques ? Oui  Non

Si Oui, lesquels ? .....

- Pour quelle part de votre temps ? ..... %

■ Pendant les cinq dernières années, avez-vous résidé (à titre professionnel) plus de 30 jours par an à l'étranger, à l'exception de l'Europe ou des Etats-Unis, ou comptez-vous y résider plus de 30 jours ? Oui  Non

Si Oui, où ? .....

Quand ? .....

Pourquoi ? .....

■ Faites-vous du sport ? Oui  Non  Si Oui, précisez lesquels (et Compléter le(s) questionnaire(s) correspondant(s)) : .....

■ Avez-vous déjà demandé à souscrire un contrat Assurance-Vie Décès  Incapacité  Invalidité  - Oui  Non

Si Oui, pour quels montants ? ..... € et dans quel but ? .....

■ Avez-vous été refusé ou ajourné ? Oui  Non  Si Oui, précisez le motif : .....

■ Avez-vous été accepté avec surprime ou exclusion ? Oui  Non

Si Oui, à quelles conditions ? .....

### 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 »

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.

Par l'intermédiaire de :  
(Cachet du Cabinet)

N°ORIAS .....  
Adresse du site internet de l'ORIAS : [www.orias.fr](http://www.orias.fr)

CODE APORTEUR N° .....

Fait : .....

Le :            
Signature de la main de l'assuré précédée de la mention « Lu et Approuvé »

# CONTRAT GROUPE UGIP GLOBAL+

## DÉCLARATION DE SANTÉ AU CONTRAT GROUPE À ADHÉSION FACULTATIVE

### UGIP GLOBAL PLUS N°0139 FACL

### QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire, vous pouvez les transmettre (sous pli cacheté dans l'enveloppe ci-jointe) au Médecin Conseil du service médical d'UGIP. Cependant si parmi les réponses que vous avez données, au moins l'une d'entre elles concerne une maladie dont vous souffrez actuellement ou avez souffert dans le passé, ou encore les suites d'un accident antérieur, ou se rapporte à un traitement en cours, vous êtes formellement invité(e) à transmettre ce questionnaire (sous pli cacheté dans l'enveloppe ci-jointe) au Médecin Conseil du service médical d'UGIP.

### AVIS IMPORTANT

Le questionnaire doit obligatoirement être rempli et signé par l'Assuré(e). 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 ».

Nom de l'assuré ..... Prénom .....

Date de naissance

QUESTIONS	RÉPONDRE PAR OUI OU PAR NON	* SI OUI : DÉTAILLEZ VOS RÉPONSES
1 - A votre connaissance, est-ce que chez vos parents, frères et soeurs ou enfants, un accident vasculaire cérébral, une maladie cardiaque ischémique (infarctus, maladie coronarienne), un diabète, un cancer du sein, de l'ovaire ou du côlon, une maladie neurologique, sont apparus avant l'âge de 60 ans ?	<input type="checkbox"/>	Si Oui, précisez quelle(s) maladie(s) ? ..... Chez combien de personne(s) ? : .....
2 - Au cours des 5 dernières années, avez-vous subi des opérations, hospitalisations ou séjourné dans un établissement de soins ou de repos ?	<input type="checkbox"/>	Nature ..... Date(s) ..... Motif(s) ..... Séquelles : .....
3 - Avez-vous prévu, dans les 12 prochains mois d'être opéré(e), hospitalisé(e), consulter un médecin, faire des examens ( radios, ECG, échographie notamment) ?	<input type="checkbox"/>	Nature ..... Date(s) ..... Motif(s) .....
4 - Avez-vous déjà subi un scanner, artériographie, IRM, bilan de santé, électroencéphalogramme, ou tout autre examen (radios, ECG, échographie notamment) ?	<input type="checkbox"/>	Nature ..... Date(s) ..... Motif(s) ..... Résultat(s) .....
5 - Prenez-vous des médicaments ou êtes-vous sous surveillance ou suivi médical ?	<input type="checkbox"/>	Lesquel(s) ..... Pourquoi .....
6 - Présentez-vous des séquelles de maladies ou d'accidents actuels ou passés ?	<input type="checkbox"/>	Nature ..... Date(s) ..... Préciser les séquelles : .....
7 - Êtes-vous titulaire d'une pension d'invalidité, privée, militaire ou accident du travail ?	<input type="checkbox"/>	Indiquez le taux d'invalidité retenu : ..... % (fournir la copie du titre de rente)
8 - Êtes-vous ou avez vous été atteint(e) d'une infirmité ou d'une affection de quelque nature que ce soit, (hormis affection saisonnière), d'une dépression, d'anxiété, tentative de suicide, surmenage, stress, névrose, psychose, ou toute autre atteinte psychiatrique, d'ostéoporose, lombago, lombosciatique, hernie discale, arthrose, douleurs dorsales, ou toute autre maladie des os ou des articulations ?	<input type="checkbox"/>	Nature ..... Date(s) ..... Traitement(s) ..... Préciser les séquelles : .....
9 - Avez-vous suivi un traitement d'une durée supérieure à 3 semaines ?	<input type="checkbox"/>	Nature ..... Date(s) ..... Motif(s) .....
10 - Êtes-vous actuellement en arrêt de travail (total ou partiel) ou avez-vous été en arrêt de travail (total ou partiel) plus de 3 semaines au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/>	Nature ..... Date(s) ..... Motif(s) .....

11 VOTRE TAILLE ..... VOTRE POIDS ..... VOTRE TENSION ARTERIELLE (si connue) .....  
Cet examen peut être effectué dans une pharmacie

Quelle est votre consommation « chiffrée » par jour :

12 Alcool Aucune  OUI  Quantité chiffrée ..... Tranquillisant Aucune  OUI  Quantité chiffrée .....  
Tabac Aucune  OUI  Quantité chiffrée ..... Stupéfiant Aucune  OUI  Quantité chiffrée .....

13 - Avez-vous subi un test de dépistage dont le résultat indique la mention « positif » concernant des sérologies portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine ?

Si Oui, Laquelle, à quelle date ..... ..... |

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 »