

Déclaration spéciale non-fumeur

1^{er} Assuré

Nom et prénom de la personne à assurer _____

Date de naissance _____

2^{ème} Assuré

Nom et prénom de la personne à assurer _____

Date de naissance _____

Je déclare sur l'honneur ne pas avoir fumé même à titre occasionnel, au cours des 24 derniers mois et qu'en cas d'arrêt de tabac antérieur à 24 mois, cet arrêt n'a pas été motivé par la demande expresse du corps médical. En outre, je dois informer l'Assureur si je (re)commence à fumer, même occasionnellement, pendant la durée du contrat. A cet égard, l'Assureur se réserve le droit de pratiquer, pendant la durée du contrat, tout contrôle qu'il juge nécessaire.

Je certifie que les renseignements fournis sont exacts et prends acte qu'une réticence ou fausse déclaration intentionnelle de ma 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 Assurance Vie, ses mandataires, courtiers et réassureurs. Elles pourront être communiquées à des prestataires pour l'exécution de travaux effectués pour le compte de CARDIF Assurance Vie. Les Assurés peuvent exercer leur droit d'accès et de rectification en s'adressant à CARDIF Assurance Vie - Service Relations Clientèle SH 855 - Gestion Prévoyance - 4, rue des Frères Caudron 92858 Rueil-Malmaison Cedex, en joignant à leur demande la copie d'un justificatif d'identité comportant leur signature.

Fait à _____ Le _____

Signature de l'Adhérent/1^{er} Assuré
(précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé")

Signature du 2^{ème} Assuré
(précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé")

Important

Pour bénéficier de la tarification non-fumeur, l'Assuré se situant dans les cases 6, 9, 10 ou 11 de la grille de formalités médicales (au-delà de 1 000 000 €) doit transmettre à CARDIF Assurance Vie, préalablement à la prise d'effet des garanties, le résultat d'un dosage de cotinine urinaire.

Pour les Assurés concernés :
Déclaration d'état de santé au verso



Déclaration d'état de santé

1^{er} Assuré

Nom et prénom de la personne à assurer _____

Date de naissance _____

Taille _____ cm Poids _____ kg

2^{ème} Assuré

Nom et prénom de la personne à assurer _____

Date de naissance _____

Taille _____ cm Poids _____ kg

Oui, j'ai pris connaissance et je suis satisfait aux déclarations ci-dessous.

Non, je ne suis pas satisfait aux déclarations ci-dessous et je m'engage à remplir le Questionnaire de santé.

Oui, j'ai pris connaissance et je suis satisfait aux déclarations ci-dessous.

Non, je ne suis pas satisfait aux déclarations ci-dessous et je m'engage à remplir le Questionnaire de santé.

Je déclare :

- Au cours des 5 dernières années, ne pas avoir été en arrêt partiel ou total de travail ou ne pas avoir dû interrompre mes activités professionnelles ou non professionnelles pour raison médicale, pendant plus de trois semaines consécutives.
- Ne pas avoir été sous traitement, surveillance ou contrôle médical pendant plus de 3 semaines consécutives au cours des 10 dernières années (en dehors de la médecine du travail, du suivi des grossesses, des affections saisonnières).
- Ne pas avoir été hospitalisé plus de 24 heures, au cours des 10 dernières années, pour une intervention chirurgicale*, un bilan, un traitement, des examens.
- Ne pas avoir subi un test de dépistage des sérologies VHB, VHC (virus des hépatites), VIH 1 et 2 qui se soit révélé positif.
- Ne pas être en arrêt de travail partiel ou total pour raison de santé (hormis les arrêts de travail liés à la maternité).
- Ne pas être atteint d'une maladie de quelque nature que ce soit (hormis affections saisonnières), ou d'un handicap ou d'une malformation congénitale, ou ne pas être reconnu en invalidité.
- Ne pas suivre de traitement médical (hormis les traitements pour affections saisonnières et les traitements contraceptifs), ou ne pas être en cours d'investigation ou de suivi médical.
- Avoir une différence entre la taille (exprimée en cm) et le poids (exprimé en kg) comprise entre 85 et 115 (ex. : 175 - 70 = 105).
- Ne pas avoir perdu plus de 10 kilos au cours des 12 derniers mois.
- Ne pas devoir, à ma connaissance, être hospitalisé, subir une intervention chirurgicale*, un examen médical spécialisé ou un traitement médical.
- Ne pas cumuler des couvertures individuelles d'assurance décès (autres que couverture collective d'entreprise, assurance vie épargne, assurance de prêt consommation) dont l'encours assuré est supérieur à 250 000 euros.

* 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, vésicule biliaire, varices, dents de sagesse, IVG.

- Etes-vous amené à voyager, à titre professionnel ou dans un but humanitaire, en dehors des pays de l'Union Européenne, de la Suisse, de la Norvège, de l'Islande, des Etats-Unis, du Canada, du Japon, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande ?

1^{er} Assuré

Oui Non

Si oui, où ? _____

Quand ? _____

2^{ème} Assuré

Oui Non

Si oui, où ? _____

Quand ? _____

La validité des présentes déclarations est de 120 jours ; si la date de prise d'effet des garanties doit intervenir ultérieurement, CARDIF Assurance Vie pourra demander le renouvellement des formalités d'admission.

Je certifie que les renseignements fournis sont à ma connaissance exacts et je prends acte qu'une réticence ou fausse déclaration intentionnelle de ma 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 Assurance Vie, ses mandataires, courtiers et réassureurs. Elles pourront être communiquées à des prestataires pour l'exécution de travaux effectués pour le compte de CARDIF Assurance Vie. Les Assurés peuvent exercer leur droit d'accès et de rectification en s'adressant à CARDIF Assurance Vie - Service Relations Clientèle SH 855 - Gestion Prévoyance - 4, rue des Frères Caudron 92858 Rueil-Malmaison Cedex, en joignant à leur demande la copie d'un justificatif d'identité comportant leur signature.

Fait à _____

Le _____

Signature de l'Adhérent/1^{er} Assuré
(précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé")

Signature du 2^{ème} Assuré
(précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé")

