

		NON	OUI	En cas de réponse positive donner les précisions demandées
5*	Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement médical régulier pendant plus de trois semaines consécutives ? Etes-vous ou avez-vous été sous surveillance médicale régulière (hors médecine du travail et du suivi systématique de grossesse) ? Suivez-vous ou avez-vous subi durant les dix dernières années un traitement par radiation, cobalt, chimiothérapie ou une transfusion sanguine ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	En cas de réponse positive, préciser pourquoi, quand, la durée, la date de guérison, les séquelles ou tout autre commentaire _____ _____ _____ _____
6	Avez-vous été hospitalisé durant les dix dernières années (autre que pour une cause liée à la maternité) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ? _____ Quand ? _____ Durée ? _____
7	Avez-vous, durant les dix dernières années subi une intervention chirurgicale (autre que les interventions chirurgicales pour les causes suivantes : appendicite, hernies de la paroi abdominale guéries, hémorroïdes, amygdalites, végétations, déviation de la cloison nasale, césarienne, vésicule biliaire, varices, dents de sagesse, IVG) ? Devez vous, à votre connaissance, dans les prochains mois : - être hospitalisé et/ou subir une intervention chirurgicale (autre que les interventions mentionnées ci-dessus) ? - subir un examen médical spécialisé ? - suivre un traitement médical ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pourquoi ? _____ Quand ? _____ _____ _____ Pourquoi ? _____ Quand ? _____ Pourquoi ? _____ Quand ? _____ Pourquoi ? _____ Quand ? _____ <i>Joindre les comptes-rendus opératoires et histologiques le cas échéant</i>
8	Avez-vous été accidenté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, à quelle date, circonstances et séquelles éventuelles _____ _____ _____
9	Vous a-t-on fait, au cours des 5 dernières années un électrocardiogramme, une radiographie du thorax, une analyse de sang, une analyse d'urines ? Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies VHB, VHC, VIH dont le résultat se serait révélé positif ? Avez-vous été soumis à d'autres investigations (par exemple : électro-encéphalogramme, scanner, IRM, scintigraphie, artériographie, mammographie, coloscopie, fibroscopie, ou autres) ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si oui, nature des examens, pourquoi, date, résultats _____ _____ Le(s)quel(s) ? _____ Date(s) ? _____ Quand ? _____ Pourquoi ? _____ <i>Joindre les comptes-rendus le cas échéant</i>
10	Etes-vous fumeur ? Consommez-vous des boissons alcoolisées ? Au cours des 12 derniers mois, avez-vous perdu plus de 10 kilos ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si oui, quantité journalière ? _____ Si non, date et motif éventuel d'arrêt ? _____ _____ Si oui, quantité journalière ? _____ Si oui, pourquoi ? _____
11	Résidez-vous ou êtes-vous amené à voyager, à titre professionnel ou dans un but humanitaire, en dehors des pays de l'Union Européenne, de la Suisse, des États-Unis, du Japon, du Canada, de la Norvège, de l'Islande, de l'Australie et de la Nouvelle Zélande ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, dans quel(s) pays ? _____
12	Etes-vous titulaire d'autres contrats d'assurance décès (autres que couverture collective d'entreprise ou d'épargne) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auprès de quelle(s) compagnie(s) ? _____ Date(s) ? _____ Total des capitaux assurés : _____ €

* En cas de réponse positive aux questions 4 ou 5, veuillez faire remplir par votre médecin traitant le rapport médical

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.

L'Assuré déclare avoir répondu à toutes les questions de façon complète et sincère. CARDIF Assurance Vie se réserve le droit de vous demander des justificatifs complémentaires. L'Assuré 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 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. L'Assuré peut exercer son 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 sa demande la copie d'un justificatif d'identité comportant sa signature.

Fait à _____ Le _____

Signature de la personne à assurer
(précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé")

